Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du **SIDA**

Rapport d'une étude

Canada

COMITÉ NATIONAL MIXTE

SUR L'ÉDUCATION

DES AUTOCHTONES POUR LA PRÉVENTION DU SIDA

Rapport d'une étude

Le comité a été créé en 1989 pour étudier la question du sida et de la façon dont elle touche la population autochtone du Canada, faire part de ses conclusions au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, et faire des recommandations à ce sujet.

Also available in English under the title "Joint Committee on Aboriginal AIDS Education and Prevention Findings Document"

Également disponible en inuktitut

91-01489/

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1990
Cat. H43-53/17-1990F
ISBN 0-662-96253-2

TABLE DES MATIÉRES

Introduction 5

Méthodologie 9

Constatations 17

Première partie/Hypothèse 1 19

Deuxième partie/Hypothèse 2 57

Troisième partie/Questions connexes 95

Dépistage du VIH 97

Ordre de priorité de la recherche ... 111

Références 115

Appel de communications et correspondance 123

Première section : INTRODUCTION

Introduction

L'objectif du présent rapport est de fournir des renseignements pertinents concernant le sida et la communauté autochtone en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale, de présenter des observations concernant les deux hypothèses de recherche spécifiques, et d'identifier et décrire les activités liées à l'éducation et à la prévention du sida que les autochtones et les autres peuples ont mises en oeuvre. Bref, le rapport fait état des résultats des recherches menées entre mars et novembre 1989.

La partie du rapport qui a trait aux constatations se divise en trois volets. Les deux premiers exposent en détail les observations faites en ce qui concerne les deux hypothèses de recherche. Quant au troisième, il renferme des conclusions additionnelles qui ont découlé de la recherche et des discussions du Comité.

Le Comité national mixte a élaboré deux hypothèses sur lesquelles pourront se fonder les projets de recherche qui serviront à étayer une Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida (syndrome de l'immunodéficience acquise). Avant d'être en mesure d'élaborer une stratégie efficace, il faut analyser toute donnée, information et opinion éclairée concernant le sida et les autochtones, puis les étudier à la lumière des deux hypothèses suivantes :

1. Que les facteurs qui entraînent l'infection à VIH et éventuellement l'apparition de maladies liées au VIH et du sida sont présents au sein de la communauté autochtone.

2. Qu'il est nécessaire de mettre sur pied des activités et des programmes d'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

(La Pièce 1 donne une description détaillée des hypothèses et du plan de recherche pertinent.)

Une série de problèmes et de questions ont été soulevés concernant ces hypothèses. Toutes les données pertinentes tirées de la documentation, des rapports (présentés en réponse à la demande de rapports), des opinions éclairées recueillies au cours d'entrevues et de présentations, de même que tous les renseignements fournis dans les questionnaires de sondage ont été analysés en fonction des problèmes et des questions dont faisait état le plan de recherche.

Autres points liés à l'éducation et à la prévention du sida :

Outre les points relatifs aux deux hypothèses énoncées précédemment, les résultats de la demande faite de communications et des autres recherches menées ont fait ressortir que le Comité mixte devait se pencher sur des questions qui, bien qu'elles ne soient pas essentielles à l'éducation sur le sida, revêtent une certaine importance pour les communautés autochtones : la priorité accordée à la recherche sur la sexualité chez les autochtones et aux questions connexes; les questions concernant le dépistage du VIH; les méthodes de guérison traditionnelles; et les répercussions du sida dans les communautés autochtones, ainsi que la décision du gouvernement fédéral de déléguer aux gouvernements des Premières Nations la responsibilité des Services médicaux. Dans la mesure du possible, le Comité a abordé ces questions dans le troisième volet du présent document.

Deuxième section : **MÉTHODOLOGIE**

Méthodologie

La recherche visant à étayer la Stratégie nationale de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida a débuté en mars 1989 par la formation du Comité national mixte et a pris un caractère officiel avec la rédaction d'une «invitation à présenter des communications» (Annexe 2) et l'élaboration des hypothèses et du plan de recherche (Pièce 1).

Une revue exhaustive de la documentation a été effectuée tout au long de la phase de recherche. Des réunions auxquelles étaient conviées des personnes-ressources ont eu lieu, donnant ainsi à l'experte-conseil et aux membres du Comité national mixte la possibilité de prendre part aux discussions.

Une «invitation à présenter des communications» a été distribuée à un certain nombre de groupes d'intérêt et d'experts du pays qui s'intéressent au sida, à des organismes de services aux personnes vivant avec le sida, à des organismes autochtones, aux ministères fédéral et provinciaux de la Santé, aux universités et aux chercheurs médicaux, aux groupes d'entraide sur le sida, aux centres de désintoxication, ainsi qu'aux organismes d'hommes et de femmes homosexuels. Dans l'«invitation à présenter des communications», on a demandé à tous les groupes d'intérêt de se prononcer sur les questions suivantes :

- mesures de prévention
- considérations d'ordre culturel
- groupes-cibles spéciaux
- rôles et responsabilités des responsables de l'élaboration des politiques
- priorités en matière de éducation et de prévention
- efficacité des stratégies existantes
- financement et recherche

Un questionnaire de deux pages (voir partie II -- Section des résultats) a été élaboré et remis à plus de 2000 sources afin de recueillir des renseignements descriptifs sur les programmes d'éducation et de la prévention du sida chez les autochtones et de déterminer les priorités des programmes. Plus de 200 questionnaires remplis ont été retournés. L'analyse des réponses obtenues est présentée à l'Annexe 1 du présent rapport.

Toutes les données et toutes les renseignements ont été analysés en fonction des sujets metionnés dans le plan, et egalement an function d'autres sujets touchant les incidences d'une Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones à la prévention du sida.

Un rapport provisoire a été préparé par le Comité national mixte à partir des résultats préliminaires de la recherche. Ce rapport, publié le 26 juin 1989, a permis de recueillir davantage de commentaires du public en ce qui avait trait à la Stratégie. Ainsi, grâce au rapport provisoire, la Stratégie a suscité un vif intérêt à travers le Canada, comme le prouvent d'ailleurs les opinions formulées dans les lettres et les critiques constructives reçues. On a tenu compte de tous les éléments apportés dans l'élaboration du présent rapport.

Le Comité national mixte a revu en septembre la première version du rapport. Les versions suivantes (dans lesquelles on a tenu compte des données nouvelles et des révisions) ont été soumises à l'examen des membres du Comité de direction en octobre et en novembre 1989.

La bibliographie annotée (Section IV) tient compte de la pertinence des documents étudiés par rapport aux autochtones et au sida. Elle a été établie entre septembre et novembre 1989.

Pièce 1

LE SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES : STRATÉGIE D'ÉDUCATION ET DE PRÉVENTION

Plan de recherche

LE SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES : STRATÉGIE D'ÉDUCATION ET DE PRÉVENTION
PLAN DE RECHERCEH

PRÉMIERE HYPOTHÉSE: Les facteurs qui entraînent l'infection à VIH et éventuellement l'apparition de maladies liées au VIH et du sida sont présents au sein de la communauté autochtone.

QUESTIONS	DONNÉES	SOURCES DES DONNÉES	MÉTHODES
1.1 Combien d'autochtones sont atteints d'une infection au VIH ou du sida?	- nombre de cas dépistés - données socio-économiques/ demographiques	- Centre fédéral sur le sida - Entreuves non structurées	- Examen des statistiques
Ces personnes ont-elles en commun des charactéristiques et des antécédents?		- Entrevues avec des sidatiques - Invitation à présenter des communications	- Entrevues - Étude de la documentation
1.2 Quels sont les facteurs qui peuvent entraîner une infection à VIH?	- Études épidémiologiques sur le sida - Analyse de la documentation médicale	- Centre fédéral sur le sida - Documentation médicale - Invitation à présenter des communications	- Étude de la documentation - Analyse statistique - Analyse de la documentation
1.3 Quels sont les facteurs qui l'apparition du sida et de maladies liées au VIH? AIDS?	- Études épidémiologiques sur le sida - Analyse de la documentation médicale	- Centre fédéral sur le sida - Documentation médicale - Invitation à présenter des communications	- Étude de la documentation - Analyse de la documentation
1.4 Ces facteurs sont-ils présents au sein de la population autochtone?	- Étude des facteurs et de leur présence au sein de la communauté autochtone dont font état diverses études médicales et socio-économiques economic studies	- Centre fédéral sur le sida - Invitation à présenter des communications - Entrevues - Études et documentation d'ordre médicale et anthropologique	- Étude de la documentation - Analyse de la documentation

LE SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES: STRATÉGIE D'ÉDUCATION ET DE PRÉVENTION
PLAN DE RECHERCHE

DEUXIÉME HYPOTHÉSE: Il est nécessaire de mettre sur pied des activités et des programmes d'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

QUESTIONS	DONNÉES	SOURCES DES DONNÉES	MÉTHODES
2.1 Quels organismes autochtones offrent des programmes d'education pour la prévention du sida?	- Types d'organismes - Types d'activités - raison d'être et mode de création - Financement, sources de financement - Sources des renseignements utilisés dans le cadre des programmes d'éducation sur le sida	- Invitation à présenter des communications - Questionnaires du sondage - Entrevues non structurées avec certains groupes - Étude de la documentation	- Collect/analyse des donées
2.2 Quels résultats ont été obtenus de ces programmes/activités?	- Évaluation - Changements du comportement observé - Degré de connaissance des pratiques sexuelles sûres et des autres mesures de prévention du sida	- Invitation à présenter des communications - Questionnaires du sondage - Entrevues non structurées avec des groupes autochtones - Étude de la documentation	- Collecte/analyse des données
2.3 Existe-t-il d'autres organismes ou fournisseurs de services qui offrent des programmes d'éducation pour la prévention du sida spécialement concus à l'intention des autochtones? Ces programmes ont-ils donné lieu à des résultats positifs?	- Raison d'être de ces programmes, mode de creation, priorités - Accès à des documents d'éducation sur le sida dans les bureaux des Services medicaux, etc. - Accès à des documents d'éducation sur le sida dans les écoles	- Invitation à présenter des communications - Questionnaires du sondage - Entrevues non structurées avec des groupes autochtones - Étude de la documentation	- Collecte/analyse des données

LE SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES : STRATÉGIE D'ÉDUCATION ET DE PRÉVENTION
PLAN DE RECHERCHE

DEUXIÉME HYPOTHÉSE: Il est nécessaire de mettre sur pied des activités et des programmes d'éducation et de prévention du sida concus expressement à l'intention des autochtones.

QUESTIONS	DONNÉES	SOURCES DES DONNÉES	MÉTHODES
2.4 Quels types d'activités/de programmes ont le plus d'incidence sur la communauté autochtone.	- Résultats de l'évaluation - Expérience antérieure avec problèmes semblables - Opinion des personnes-ressources	- Organismes offrant des services des renseignements - Organismes autochtones - Sidatiques - Invitation à présenter des communications - Entrevues/Sondage	- Collecte/analyse des données.
2.5 Les autochtones ont-ils actuellement accs à des programmes d'éducation pour la prévention du sida qui sont concus pour d'autre groups que les autochtones?	- Nombre d'autochtones suivant de tels programmes - Lieu des programmes/des activités - Types de programmes/ d'activités	- Étude de la documentation - Invitation à présenter des communications - Personnes ou organixmes offrant des services/des renseignments - Sidatiques - Discussions libres	- Collecte/analyse des données
2.6 Quelles sont les mesures qui devraient être prises par Premières Nations, les organismes autochtones ainsi que les autorités fédérales et provinciales en ce qui concerne l'éducation des autochtones au sida?	- Évaluation - Propositions - Expérience américaine - Opinion des personnes-ressources clés	- Étude de la documentation - Invitation à présenter des communications - Personnes ou organismes offrant des services/de renseignements - Discussions libres	- Collecte/analyse des données
2.7 L'éducation pour la prévention du sida occupe-t-elle une place importante au sein des communautés autochtones?	- Degré d'intérêt - Financement, etc. - Déclarations de dirigeants autochtones.	- Invitation à présenter des communications - Organismes autochtones	- Collecte/analyse des données

Troisiemme section : CONSTATATIONS

Première partie

Première hypothèse : Les facteurs qui entraînent l'infection à VIH et éventuellement l'apparition de maladies liées au VIH et du sida sont présents au sein de la communauté autochtone.

Question 1.1 Combien d'autochtones sont atteints d'une infection au VIH ou du sida?

Ces personnes ont-elles en commun des caractéristiques et des antécédents?

Résultats

1. Présence du VIH au sein de la communauté autochtone

D'après les statistiques du Centre fédéral sur le sida (CFS) établies à partir de données recueillies dans les rapports de médecins des quatre coins du pays grâce au processus de surveillance du sida, vingt (20) cas de sida avaient été recensés chez les autochtones en date du 23 novembre 1989. Les deux tableaux qui suivent indiquent les modes de transmission dans les cas signalés, d'abord pour la population canadienne en général, puis pour la population autochtone.

CAS DE SIDA AU CANADA
En date du 6 novembre 1989[1]

1. Adultes

	Cas (%)
Relations homosexuelles/bisexuelles	2489 (80,8)
Injection de drogues	29 (0,9)
Les deux modes précités	91 (3,0)
Transfusion de sang/de produits sanguins	157 (5,1)
Relations hétérosexuelles	
a) naissance dans des régions endémiques	135 (4,4)
b) contact sexuel avec une personne à risque	88 (2,9)
c) aucun facteur de risque identifié	91 (3,0)
Total partiel	3080 (100,0)

2. Enfants

	Cas (%)
Transmission périnatale	41 (82,0)
Transfusion de sang/de produits sanguins	9 (18,0)
Total partiel	50 (100,0)
GRAND TOTAL	3130

[1] Surveillance Update: AIDS in Canada, Centre fédéral sur le sida, 6 novembre 1989.

CAS DE SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES AU CANADA
En date du 23 novembre 1989[2]

1. Adultes

	Cas (%)
Relations homosexuelles/bisexuelles	15 (65)
Injection de drogues	1 (4)
Les deux modes précités	1 (4)
Transfusion de sang/de produits sanguins	2 (8)
Relations hétérosexuelles	
a) naissance dans une zone endémique	0 (0)
b) contact sexuel avec une personne à risque	2 (8)
c) aucun facteur de risque identifié	0 (0)
Total partiel	21 (95)

2. Enfants

	Cas (%)
Transmission périnatale	1 (4)
Transfusion de sang/de produits sanguins	0 (0)
Total partiel	1 (4)
GRAND TOTAL	22 (100,0)

[2] Ibid., 23 novembre 1989.

Tableau comparatif des cas de sida signalés chez les autochtones et de ceux relevés chez d'sutres groupes ethniques/raciaux au Canada, en fonction du sexe, des catégories de transmission et des facteurs de risque.

LE SIDA AU CANADA
SELON LA RACE OU L'ORIGINE ETHNIQUE,
LE SEXE ET LE RISQUE
(le 23 novembre 1989*)

VARIABLES	AUTOCHTONES	BLANCS	NOIRS	INDO ASIATIQUES	HISPANIQUES	ORIENTAUX	INCONNUS	TOTAL%
I SEXE								
HOMMES	17	1732	138	17	19	7	1022	2950 (93.7%)
FEMMES	5	91	70	2	0	1	29	198 (6.3%)
II Facteurs de risque								
ADULTES:								
Relations homosexuelles/ bisexuels (seulement)	15	1519	24	11	17	6	914	2504 (79.5%)
Injection de drogues (seulement)	1	16	3	0	1	0	8	29 (0.9%)
Les deux modes précités	1	54	2	2	0	0	32	91 (2.9%)
Transfusion de produits sanguins	2	100	1	2	0	2	50	151 (5.0%)
Relations hétérosexuelles :								
(a) provenance d'un pays de modèle II	0	0	131	0	0	0	4	135 (4.3%)
(b) contact sexuelle avec une personne à risque	2	64	9	2	0	0	12	89 (2.5%)
Aucun facteur de risque identifié	0	58	6	1	1	0	27	93 (2.9%)
ENFANTS:								
Transmission prénatale	1	6	32	1	0	0	1	41 (1.3%)
Transfusion de sang/de produits sanguins	0	6	0	0	0	0	3	9 (0.3%)
TOTAL	**22**	**1823**	**208**	**19**	**19**	**8**	**151**	**3148 (100%)**

* Bureau de l'épidémiologie et de la surveillance, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, OTTAWA, le 23 novembre 1989.

L'analyse des données recueillies indique que 75 % des cas de sida chez les autochtones touchent la population masculine, par opposition à 93,7 % dans la population en général. Des recherches additionnelles indiquent que les statistiques axées entre 20 et 35 ans représent 74 % des cas de sida signalés chez les autochtones, par opposition à 63 % dans la population en général.

2. Caractère exhaustif des données

Le rapport provisoire du Comité national sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida fait état des points suivants :

Bien qu aucun cas de sida n'ait été officiellement signalé au Manitoba, une entrevue non structurée menée récemment avec un travailleur social de Winnipeg a révélé qu'il existe en effet un certain nombre de cas d'infection à VIH et de sida au sein de la population autochtone de Winnipeg.[3]

Dans un exposé présenté à Vancouver dans le cadre de la First Canadian Conference on AIDS and Related Issues in the Native Community, Bertha Blondin et Anne Thorpe ont révélé ce qui suit :

Jusqu'à aujourd'hui, on a signalé six cas de séropositivité, dont un cas de sida. Ce dernier cas a été diagnostiqué en mai 1987 et le premier cas de séropositivité déclaré en 1987.[4]

Bien qu'à l'heure actuelle on ne sache pas dans quelle mesure les cas ne sont pas signalés, les personnes qui ont rempli le questionnaire conçu aux fins de l'élaboration de la Stratégie nationale ont indiqué que le nombre de cas de sida au sein de la population autochtone dépasse de beaucoup le nombre de cas officiellement déclarés.

Par ailleurs, un rapport du Conseil de santé Nuu-Chah-Nulth, en Colombie-Britannique mentionne aussi que beaucoup de cas ne sont pas déclarés :

---

[3] Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida -- rapport provisoire, le 26 juin 1989.

[4] Blondin et Thorpe, Syllabus: Programs: Northwest Territories, First Canadian Conference on AIDS and Related Issues in the Native Community, Vancouver, C.-B., avril 1989.

A la fin de 1988, on confirmait de source sûre au Conseil de santé Nuu-Chah-Nulth qu'un homme de la tribu était séropositif. Pour des raisons de confidentialité, aucun nom n'a été dévoilé. Depuis lors, on a signalé deux autres cas de séropositivité chez les Nuu-Chah-Nulth, pour un total de trois cas pour une population d'environ 4 000 personnes. Il existe sans aucun doute d'autres membres de la communauté qui sont séropositifs, mais qui vivent dans un grand centre urbain comme Vancouver.[5]

Aux États-Unis, le fait que des cas de sida chez les Amérindiens ne soint pas déclarés constitue un grave problème :

Bien que le nombre d'Amérindiens atteints du sida soit relativement faible, on s'interroge sur la fréquence de cas passés sous silence. De plus, même si on juge que le nombre de cas signalés est exact, il se peut que 6 300 Amérindiens soient infectés par le VIH à leur insu et constituent, par conséquent, des sources potentielles de propagation du virus.[6]

En raison de la période d'incubation prolongée du VIH, il se peut aussi que le nombre d'autochtones présentant des symptômes soit nettement inférieur au nombre d'autochtones infectés. Par conséquent, même si seulement peu de cas ont été signalés, il y a lieu de s'inquiéter et de réagir sans plus tarder.

3. Caractéristiques des sidatiques

On possède peu de renseignements quant aux antécédents des autochtones actuellement séropositifs ou sidatiques, mais il faudra en recueillir davantage si on veut endiguer la propagation de la maladie et s'assurer que les programmes d'éducation et de prévention répondent aux besoins de la population visée. Ces renseignements serviront plus précisément à :

a) endiguer la progression de la maladie;
b) planifier des programmes de prévention efficaces;
c) justifer l'allocation de ressources; et
d) évaluer les programmes de prévention.

---

[5] Simon Read, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Conseil de santé Nuu-Chah-Nulth, Port Alberni, C.-B., juillet 1989.

[6] Ron Rowell, Native Americans: Historic Problems Hamper AIDS Prevention and Care, NAN Multi-Cultural Notes on AIDS Education and Service, vol. 1, n° 11, États-Unis, mai 1988.

Un sondage du CFS mené auprès des organismes régionaux et nationaux qui s'intéressent au sida ainsi qu'auprès des membres des comités consultatifs fédéral/provinciaux/territoriaux sur le sida a fait ressortir ce qui suit :

> Il reste à recueillir des données de base d'ordre démographique et épidémiologique, particulièrement en ce qui concerne la prévalence de séropositivité. En effet, ces renseignements ont été considérés par plusieurs répondants comme étant essentiels à la mise au point et à l'évaluation de programmes.[7]

Dans un article américain portant sur les femmes, le sida et la politique publique, on lisait ce qui suit :

> Même l'American College of Obstetricians and Gynecologists a manifesté une certaine inquiétude, non reliée au fait que ce sont surtout les femmes qui sont infectées, mais plutôt au fait que les femmes qui sont actuellement infectées sont consommentdes femmes de couleur qui, par surcroît des drogues par voie intraveineuse.[8]

De tous les cas de sida signalés chez les autochtones, soixante-quatorze pour cent (74 %) touchent des personnes âgées entre 20 et 35 ans. Cette statistique se révèle importante au niveau de l'étude des répercussions possibles du sida sur les communautés autochtones. Dans une publication de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on peut lire ce qui suit :

> Toutefois, la principale répercussion sociale du sida à l'échelle mondiale est le résultat direct du rôle prépondérant de la transmission sexuelle du VIH. Ainsi, ce sont les personnes âgées entre 20 et 49 ans qui connaissent les taux les plus élevés de morbidité et de mortalité. Contrairement à de nombreux problèmes de santé publique qui touchent soit les personnes très jeunes, soit les personnes âgées, le sida frappe

---

[7] Kathleen O'Malley, Rapport d'une enquête...quant aux questions clés et à l'information demandée au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

[8] Janet L. Mitchell, Women, AIDS and Public Policy, États-Unis, 1988.

> le segment de la population le plus vital en ce qui a trait au développement social et économique.
>
> Ainsi, l'atteinte sélective des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen -- dont des cadres d'entreprise et des hauts fonctionnaires ainsi que des membres de l'élite sociale, économique et politique -- pourrait entraîner une déstabilisation économique et politique dans les pays en développement les plus gravement touchés par le VIH. Quel système politique pourrait résister à la déstabilisation découlant d'un taux d'infection à VIH s'élevant à 20 ou 25 %, voire plus, chez les jeunes adultes?[9]

Un article paru dans une publication américaine portant sur la consommation de drogues par voie intraveineuse dans les communautés minoritaires se fait l'écho de ce point de vue :

> Bien que les données relatives à la morbidité et à la mortalité liées au sida et au VIH soient importantes, les autres facettes de l'épidémie sont souvent négligées. Les CDVI [consommateurs de drogues par voie intraveineuse] ainsi que les groupes ethniques/raciaux minoritaires se concentrent souvent dans les zones urbaines défavorisées au plan économique. Comment ces communautés, qui sont déjà défavorisées au plan des ressources de médecins et des soins de santé, peuvent-elles composer avec une augmentation de la demande touchant ces services? Cette nouvelle demande émane d'un segment de la collectivité -- à savoir les personnes âgées entre 20 et 40 ans -- qui, avant l'épidémie, ne recourait pas souvent aux ressources humaines et aux services de santé. Cet éventail d'âge comprend aussi les années les plus productives de la vie. Par conséquent, l'érosion additionnelle de la base économique des communautés noires et hispaniques en raison de l'absence d'une composante importante de la population active constitue une autre conséquence potentielle de l'épidémie d'infection à VIH.[10]

---

[9] Jonathan Mann, AIDS Epidemiology, Impact, Prevention and Control: The World Health Organization Perspective, OMS, 1988.

[10] Brown et Primm, Intravenous Drug Abuse and AIDS in Minorities É.-U., 1988.

Dans le cadre d'une étude manitobaine portant sur la prévalence de séropositivité, on a comparé les autochtones aux autres Canadiens quant au risque de contracter une infection à VIH :

> L'âge moyen des autochtones et des métis atteints était beaucoup plus bas chez les sujets masculins ($p<0,04$) et chez les sujets féminins ($p<0,0001$) que chez les Blancs et les membres des autres races. Un nombre excessivement élevé d'autochtones et de métis était inclus dans la catégorie des personnes qui avaient contracté la maladie à la suite de relations sexuelles ($p<0,001$) (selon la correction de Yates), mais un nombre bien moins élevé d'autochtones et de métis était inclus dans la catégorie des personnes ayant eu des relations sexuelles avec une personne à risque ($p<0,0001$, selon la méthode exacte de Fisher). De plus, chez les Amérindiens autochtones et les métis, le degré de scolarité était considérablement plus faible ($p<0,001$, selon le test d'homogénéité de Maentel et Haenszel, $X^2 = 46,8$), et le taux de chômage était plus élevé ($p<0,001$ selon le test du khi carré, $X^2 = 42,4$).[11]

L'importance de cette analyse réside dans le fait qu'on y souligne (dans le cas qui nous occupe) que les participants autochtones à l'étude se caractérissaient par un âge considérablement plus bas, un taux de MTS plus élevé, moins de relations avec des personnes à risque, un degré de scolarité plus faible ainsi qu'un taux de chômage plus élevé que les autres participants. Il importe de tenir compte des données démographiques (telles que l'âge, le degré de scolarité et le taux de chômage) lorsque vient le moment de concevoir des messages de prévention. Quant aux données qui indiquent un taux de MTS plus élevé ainsi que des contacts moins fréquents avec des personnes à risque, elles peuvent dénoter un modèle considérablement différent de transmission du VIH chez les autochtones que chez la population canadienne en général. Le fait que ce groupe de participants autochtones était moins fréquemment en contact avec des personnes à risque pourrait indiquer que le VIH a été transmis à la suite de relations hétérosexuelles avec une personne infectée.

---

[11] G.W. Hammand, et coll., Seroprevalence and Demographic Information of Patients at Risk for Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Manitoba, Canada, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Raven Press, New York, 1988.

Enfin, on souligne dans la documentation qu'il est possible qu'il y ait entre 50 et 100 cas de séropositivité pour chaque cas de sida. Si on applique cette estimation aux cas de sida signalés au sein de la population autochtone, on peut en déduire que de 750 à 1500 autochtones seraient séropositifs.

Conclusion

Même si les statistiques fournies par le CFS quant au nombre d'autochtones atteints d'une infection à VIH ou du sida sous-estiment le nombre de cas réels, il est clair que le sida sévit dans la communauté autochtone et ce, de plus en plus.

Il importe d'adopter avec diligence des mesures de prévention puisque la présence de cas de sida indique que l'infection à VIH s'est déjà insinuée dans les communautés autochtones.

Puisque les données dont on dispose actuellement sont incomplètes, il faudrait chercher à corriger la situation. D'une façon générale, on manque de données relativement à la prévalence de séropositivité et de renseignements démographiques qui seraient essentiels pour :

1) lutter contre la propagation de la maladie;
2) planifier des programmes;
3) justifier l'affectation de ressources; et
4) évaluer des programmes.

La documentation indique que la plupart des autochtones atteints du sida ou susceptibles de contracter l'infection à VIH sont âgés de 20 à 35 ans et présentent un taux de MTS (maladies transmises sexuellement) plus élevé, un degré de scolarité considérablement plus faible et un taux de chômage plus élevé qu'un échantillonnage similaire de Canadiens et de membres d'autres groupes ethniques.

Pour les cas de sida avérés (c'est-à-dire signalés officiellement), le modèle de risque est similaire à celui de la population nord-américaine en général. Toutefois, le taux élevé de MTS et ses répercussions sur le système immunitaire peuvent faire augmenter l'apparition de maladies liées au VIH parmi les autochtones hétérosexuels infectés.

Question 1.2 : Quels sont les facteurs qui peuvent entraîner une infection à VIH?

Constatations :

1. Facteurs

Il existe quatre grands modes de transmission du VIH :

1) Relations sexuelles sans protection, c.-à-d. :
   - par voie anale sans protection
   - par voie vaginale sans protection

2) Partage de seringues, c.-à-d. :
   - partage de seringues utilisées pour s'injecter des drogues illicites

3) Transmission périnatale, c.-à-d. :
   - transmission du VIH de la mère à l'enfant avant, durant et après l'accouchement

4) Autres (peu fréquents), c.-à-d. :
   - transfusions sanguines
   - exposition professionnelle
   - pratiques culturelles/rituelles

2. Présence au sein des communautés autochtones

Les facteurs de risque pour les vingt cas de sida signalés par le CFS dans la population autochtone étaient les suivants :

13 cas de sida contracté par des rapports homosexuels et(ou) bisexuels;
un cas de sida contracté par l'injection de drogues;
un cas de sida contracté par les deux modes de transmission précités;
deux cas de sida contracté par des rapports hétérosexuels avec une personne à risque;
un cas de sida contracté par transmission périnatale/pédiatrique.
Des données des US Centers for Disease Control portant sur des autochtones sidatiques des États-Unis font ressortir une tendance similaire : sur un total de cent quatre (104) cas signalés, cinquante-quatre (54) ou 51 % résultaient de relations homosexuelles ou bisexuelles, dix-sept (17) ou 16 % de l'administration de drogues par voie intraveineuse

et quatorze (14) ou 13 % d'une relation homosexuelle et(ou) bisexuelle ainsi que de l'administration de drogues par voie intraveineuse.[12]

En ce qui concerne les quatre grands modes de transmission du VIH, les relations sexuelles sans protection dans les communautés autochtones sont mises en évidence par le taux élevé de MTS, le nombre croissant de grossesses chez les adolescentes ainsi que le taux généralement élevé de naissances. Le taux élevé de MTS est non seulement révélateur de la prévalence de relations sexuelles sans protection, mais des données dénotent de plus que l'inflammation observée dans les régions génitales et causée par de nombreuses MTS accroît la possibilité de transmission du VIH. Les dix cas de sida résultant d'une transmission par des rapports homosexuels et(ou) bisexuels font ressortir l'existence de rapports sexuels par voie anale sans protection chez les hommes autochtones.

Quoique la documentation sur l'échange de seringues dans la communauté autochtone soit limitée, le programme d'échange de seringues des Downtown Eastside Youth Activities Societies (DEYAS) de Vancouver (Colombie-Britannique), compile des statistiques pour chaque groupe ethnique et signale qu'environ 40 % des personnes profitant du programme sont autochtones. En ce qui concerne le partage de seringues, il convient également de tenir compte du fait que la personne qui présente un comportement à risque élevé et qui a des relations sexuelles (hétérosexuelles ou homosexuelles) sans protection peut transmettre le virus contracté par l'injection de drogues par voie intraveineuse.

La transmission périnatale est souvent liée à une transmission du VIH par le partage de seringues.

La catégorie «Autres» est associée à un risque minimal du fait que le sang employé pour les transfusions, par exemple, est maintenant soumis à un test de dépistage des anticorps dirigés contre le sida et que l'exposition professionnelle (techniciens de laboratoire, personnes attachées au service des ambulances, etc.) a été réduite au minimum grâce à des mesures d'éducation et de prévention. On ignore toutefois dans quelle mesure les coutumes et les actes rituels peuvent avoir des répercussions sur la propagation du VIH dans les communautés autochtones.

---

[12]Statistiques du Centre fédéral sur le sida, 23 mai 1989.

3. Facteurs de santé

Il importe de tenir compte de la santé générale de la population lorsqu'on étudie les répercussions possibles du VIH. Des données nous portent à croire que, chez une personne dont le système immunitaire a combattu intensément une diverses affections (par exemple des MTS) ou qui est affaibli par d'autres affections chroniques (par exemple le diabète), l'affection peut se manifester plus rapidement à la suite de la transmission du VIH.

Les Amérindiens demeurant dans des réserves présentent des taux de mortalité et de morbidité élevés. Leur espérance de vie est de dix ans inférieure à la moyenne nationale. Quant aux taux de mortalité infantile et postnatale, le premier est de 60% plus élevé que les données nationales et le deuxième de 100 %. L'incidence du suicide chez les jeunes autochtones est aussi beaucoup plus élevée que chez tout autre groupe comparable. On note également chez les Amérindiens une prévalence élevée de causes importantes d'incapacité telles que l'anémie, le diabète, les affections de la vésicule biliaire, les maladies parasitaires et infectieuses, les pneumopathies, la déficience auditive ainsi que les troubles visuels et dentaires. Les troubles de la santé mentale et les troubles résultant de la toxicomanie sont également fréquents. La proportion d'autochtones handicapés et invalides est plus élevée que pour tout autre segment de la population canadienne.[13]

Une situation similaire prévaut aussi chez les autochtones d'Australie :

Au cours des dernières décennies, le taux de mortalité infantile (TMI) chez les autochtones a diminué, mais il demeure de trois à quatre fois supérieur à celui des enfants non autochtones. Cette diminution résulte principalement d'un accès accru à des soins primaires appropriés dans les situations critiques. Toutefois, le TMI est demeuré assez stable depuis 1979-1980. Une diminution ultérieure supposera des changements au plan politique et social en ce qui concerne les problèmes socio-économiques auxquels font constamment face les autochtones.[14]

---

[13]Shaj and Farkas, The Health of Indians in Canadian Cities: A Challenge to the Health Care System, Canadian Medical Association, Vol. 133, November 1, 1985.

[14] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

4. **Accès à l'information sur la santé**

L'état de santé médiocre de la population autochtone canadienne reflète non seulement des problèmes d'ordre socio-économique et politique, mais également un manque d'accès à de l'information et à des services pertinents en matière de santé. Ces facteurs peuvent accroître le risque d'infection à VIH chez les autochtones.

La société canadienne en général reçoit la majeure partie de l'information relative à la santé par l'intermédiaire des communiqués d'intérêt public présentés à la télévision et dans la presse écrite. Cette information n'est pas aussi accessible aux communautés autochtones éloignées et isolées. De plus, en raison du degré élevé d'an alphabétisation des autochtones, on remet en question la pertinence de fournir des documents écrits à ces derniers.

Comme le souligne le Rapport préliminaire d'une enquête publiée par le CFS sur les questions clés et l'information demandée aux fins de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH :

> Les autochtones présentent un risque particulier en raison de divers facteurs : ils se méfient du gouvernement et de la médecine occidentale; ils perçoivent le sida comme une maladie de «l'homme blanc»; ils n'ont pas accès à des services adéquats. (Ministère de la Santé de la C.-B.)[15]

5. **Discrimination**

Dans le cours d'une entrevue non structurée, un autochtone homosexuel de Toronto a révélé avoir fait l'objet de discrimination de la part d'un organisme d'homosexuels non autochtones auquel il avait demandé des renseignements sur la prévention de l'infection à VIH.

Dans une publication américaine de la Gay American Indians (GAI) publiée en 1988, les points suivants sont soulevés :

> En tant qu'Amérindiens, notre survie au plan culturel et économique est menacée par la pauvreté, par une instruction médiocre et par le chômage. De nombreux Amérindiens ont quitté leur réserve pour s'installer dans des zones urbaines (où vivent actuellement près

---

[15] Kathleen O'Malley, Rapport d'une enquête...quant aux questions clés et à l'information demandée au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

de 50 % des Amérindiens). Dans les villes, nous faisons toutefois face à des préjugés raciaux et à de la discrimination, et on nous refuse l'accès aux services de l'éducation, d'apprentissage d'un métier, ainsi qu'à un emploi et au logement.

En fait, la discrimination raciale ne se limite pas à la communauté non homosexuelle. En 1983, la GAI a participé à des audiences parrainées par la Commission des droits de la personne de San Francisco, où il est apparu que les personnes non blanches faisaient l'objet de discrimination au sein de la communauté homosexuelle elle-même. Même aujourd'hui, les postes de direction au sein de la communauté homosexuelle continuent d'être confiés à des Blancs, et les ceux confiés aux membres des minorités sont purement symboliques.

Les organismes s'adressent toujours à la GAI, pour s'assurer une représentation indienne -- sans toutefois considérer les obstacles d'ordre économique et social qui font entrave à une participation complète et équitable, et lorsque nous participons, ils ne tiennent pas compte de ce que nous avons à dire.[16]

6. Alcoolisme

Aux États-Unis et au Canada, l'alcoolisme chez les populations autochtones constitue un grave problème social. Dans un manuel sur le sida conçu à l'intention de travailleurs sociaux et des travailleurs de la santé d'origine autochtone, National Native American AIDS Prevention Centre tient les propos suivants :

> La plupart d'entre nous sommes conscients du fait que l'alcoolisme est responsable de la plupart des dix principales causes de décès chez les autochtones. Dans chacune de nos communautés, nous avons des amis, des membres de la famille, des fils et des filles, des mères et des pères qui sont aux prises avec des problèmes d'alcoolisme.
>
> Quoique l'alcool en soi ne permette pas la transmission du virus, son ingestion peut jouer un rôle dans les comportements qui favorisent la transmission du sida.

---

[16] Roscoe, Living the Spirit - A Gay American Indian Anthology, St. Martins Press, É.-U., 1988.

Des études ont révélé qu'il existe une corrélation entre la consommation d'alcool ou de drogues et l'adoption d'un comportement sexuel à risque élevé. On a noté que les personnes qui ne prenaient pas d'alcool ni d'autres drogues durant des relations sexuelles ne s'adonnaient pas à des pratiques sexuelles à risque élevé. Celles qui associaient rapports sexuels et consommation d'alcool et de drogues étaient plus susceptibles de présenter des antécédents de comportement sexuel à risque élevé au cours de l'année précédente.

D'autres chercheurs qui ont étudié l'alcoolisme et les comportements à risque élevé croient que le fait de diagnostiquer et de traiter rapidement la dépression et la toxicomanie chez les homosexuels peut permettre de prévenir la propagation du sida. On a noté que l'alcoolisme menait à une prise de risques, à un manque d'inhibition et à une autodestruction. Dans une étude, trois hommes de New York traités pour des problèmes d'alcoolisme ont sciemment tenté de se suicider en contractant le sida.[17]

Comportements à risque élevé et groupes spécifiques au sein de la population autochtone :

Des recherches ont indiqué que certains groupes de la communauté autochtone peuvent présenter un risque plus élevé que d'autres d'infection à VIH en raison de comportements à risque élevé (c.-à-d. l'utilisation de drogues par voie intraveineuse) ou d'autres circonstances (c.-à-d. enfants autochtones).

Population autochtone homosexuelle et bisexuelle

Dans la population autochtone, 13 cas de sida sur un total de 20 résultent de pratiques sexuelles dangereuses par des hommes autochtones. De nombreux autochtones continuent de nier l'existence d'hommes et de femmes homosexuels et bisexuels au sein de leur communauté. Toutefois, l'avènement au Canada de quatre organismes regroupant des autochtones homosexuels de sexes masculin et féminin infirme leurs allégations.

---

[17] Ron Rowell, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics, A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Californie, É.-U., 1987.

Quoique les pratiques sexuelles dangereuses des homosexuels et des bisexuels s'assortissent d'un grave risque de contracter une infection à VIH au sein de ce groupe, le fait que de nombreux autochtones doivent cacher leur orientation sexuelle, particulièrement à leurs congénères, en raison d'idées préconçues et de préjugés, peut les conduire à «mener une double vie». Les paragraphes suivants illustrent ce point :

Certains homosexuels et(ou) bisexuels étalent leur orientation sexuelle au grand jour. D'autres mènent une double vie, étant officiellement célibataires ou mariés et chefs de famille. Nombre d'Amérindiens des réserves mènent une double vie, l'une à la ville, l'autre «de retour au foyer». Certains Amérindiens des réserves ignorent peut-être que quelques-uns de leurs compatriotes sont en fait homosexuels ou bisexuels. Pour certaines tribus, une relation entre deux hommes ou deux femmes qui ne porte pas atteinte à la famille étendue n'est pas jugée menaçante. Traditionnellement, il existait un concept de trois ou quatre sexes dans de nombreuses tribus (mais non dans la totalité d'entre elles) et les «minorités sexuelles» pouvaient y jouer un rôle social. Avec la création de réserves fondées sur le modèle du missionnaire/surintendant, l'homophobie (crainte des homosexuels) a remplacé ce qui, dans certaines tribus, constituait des attitudes beaucoup plus libérales et souples. Il en résulte que certains membres des tribus n'ont aucun souvenir d'attitudes différentes à l'égard des homosexuels.

Pour certaines personnes qui mènent une vie cachée, un diagnostic de sida peut se révéler doublement accablant, car il met au jour une orientation sexuelle qu'elles n'ont jamais acceptée. Les parents apprennent en même temps que leur enfant souffre d'une affection en phase terminale et qu'il est homosexuel. L'épouse découvre que son mari a eu des aventures homosexuelles extraconjugales. Il peut en résulter un sentiment de culpabilité, de honte et de condamnation de soi.[18]

Le fait que les autochtones bisexuels mènent une «double vie» peut constituer une menace pour leur partenaire hétérosexuel. Des données laissent croire que les problèmes d'alcoolisme dont souffrent les autochtones de sexe masculin amènent ces derniers à prendre part à des relations sexuelles sans protection.

Dans un rapport provenant du Montana, on peut lire :

---

[18] Ron Rowell, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics. A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Californie, É.-U., 1987.

> Nous ne possédons aucune donnée exacte en ce qui concerne la prévalence des comportements homosexuels et bisexuels dans les réserves indiennes du Montana. Toutefois, l'expérience indique qu'on y adopte des comportements homosexuels et bisexuels, et que les hommes très ivres pratiquent la pénétration anale. La bisexualité y est peut-être plus courante que l'homosexualité. Cela peut présenter un intérêt particulier, car le risque d'infection pour les femmes et les enfants à naître s'en trouve accru.[19]

Des données du CFS indiquent clairement que les rapports homosexuels et(ou) bisexuels sans protection constituent le facteur de risque le plus important de transmission du sida. Il est toutefois important de noter les points suivants :

> Il convient de noter la contribution des autochtones homosexuels de sexes masculin et féminin : nous savons qu'il existe des groupes d'hommes et de femmes homosexuels amérindiens, dont un à Toronto, et que les autochtones homosexuels (bien que leur orientation sexuelle puisse être cachée) se sont engagés à faire connaître les répercussions de l'infection à VIH et du sida dans leur communauté.
>
> Nous possédons suffisamment de données qui indiquent que les homosexuels non autochtones luttent au premier plan dans la guerre contre le sida, en faisait de la sensibilisation au sein de leur communauté et à l'extérieur de la communauté homosexuelle; il est donc important de citer ce fait et de le reconnaître.[20]

Utilisateurs de drogues par voie intraveineuse

On ignore dans quelle mesure les autochtones canadiens s'administrent des drogues illicites. Un des cas de sida dans la population autochtone a été causé par l'administration intraveineuse de drogues, et un autre, par l'administration intraveineuse de drogues et de rapports homosexuels/bisexuels. Bien que des relations homosexuelles et(ou) bisexuelles aient entraîné le plus grand nombre de cas de sida signalés au sein de la population autochtone, on craint que la toxicomanie, particulièrement la consommation de drogues par voie intraveineuse, devienne dans un proche avenir le facteur le plus important de propagation du VIH.

---

[19] John J. Drynan, AIDS and Native American in Montana, Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie, É.-U., 1988.

[20] Farkas et Kossman, Central Toronto Youth Services AIDS Project Reaction to the Interim Report of the Joint National Committee on Aboriginal AIDS, Toronto, 1989.

Les Amérindiens ont reconnu la menace importante que représente l'administration de drogues par voie intraveineuse :

> Les dix principales causes de décès chez les Amérindiens sont essentiellement liées à des taux très élevés d'alcoolisme et de toxicomanie. Plus du tiers de la population amérindienne meurt avant l'âge de 45 ans des suites de maladies directement liées à l'alcoolisme ou à la toxicomanie.
>
> L'infrastructure sanitaire des autochtones a exclusivement mis l'accent sur les problèmes d'alcoolisme sans tenir compte des problèmes possibles de toxicomanie, particulièrement chez les jeunes Amérindiens. Ici encore, des rapports anecdotiques de résidents et de fournisseurs de services de désintoxication à l'intention de la population amérindienne de la Californie ainsi que de chefs de tribu laissent entrevoir qu'un nombre croissant de jeunes Amérindiens s'administrent des drogues par voie intraveineuse, particulièrement des amphétamines. Les chefs de tribu ont soulevé un autre problème à ce niveau : les membres de la maisonnée utilisent les seringues et les aiguilles déjà employées par les diabétiques -- le diabète constituant un trouble de santé fréquent chez les autochtones -- pour s'injecter des drogues.[21]

Le partage de seringues est sans conteste l'une des façons les plus efficaces d'infecter les autres et de s'infecter soi-même. L'administration de drogues, même lorsqu'aucune aiguille n'est partagée, peut toutefois donner lieu à des comportements liés à un risque élevé d'infection à VIH. En intervenant tôt auprès des personnes pour qu'elles cessent de consommer des drogues, on peut endiguer la propagation du sida.[22]

Des données laissent croire que les membres de groupes minoritaires, dans le présent cas des autochtones, qui s'administrent des drogues illicites tendent à s'isoler d'autres groupes s'injectant également des drogues. Cette tendance peut s'expliquer une méfiance à l'endroit des non autochtones ainsi que par une crainte de représailles. Le fait que ce groupe à risque élevé puisse demeurer assez isolé, même au sein des grands centres urbains, laisse espérer que les

---

[21] Ron Rowell, Native Americans: Historic Problems Hamper AIDS Prevention and Care. NAN Multi-cultural Notes on AIDS Education and Service, vol. 1, n° 11, mai 1988.

[22] Ron Rowell, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics. A Manual for Native American Health and Human Services Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Californie, É.-U., 1987.

programmes de prévention s'adressant aux autochtones donneront les résultats escomptés.

La jeunesse autochtone

On estime que la jeunesse autochtone présente un risque élevé d'infection à VIH, car elle s'adonne à des relations sexuelles, souvent sans protection, comme en témoignent le nombre élevé de grossesses chez les adolescentes. Les jeunes sont incités par leurs pairs à consommer de façon excessive de l'alcool et diverses substances intoxicantes. Certains ont été agressés sexuellement, d'autres sont sans abri et itinérants.

Dans une présentation devant le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Glen Murray, directeur de la Village Clinic à Winnipeg, a décrit la situation suivante :

> Les Amérindiens du Manitoba semblent être plus exposés que d'autres à contracter le sida en raison du taux élevé de maladies transmises sexuellement dans la population et aussi du fait qu'ils sont les produits de la culture de la rue, qu'ils s'injectent des drogues, sont moins scolarisés, qu'ils font l'objet de comportements racistes, que les soins de santé qui leur sont offerts ne sont pas suffisants, qu'ils ont souvent des démêlés avec la justice, qu'ils proviennent de familles à problème ou sont rejetés par leur famille, qu'ils ont des revenus insuffisants et qu'ils se prostituent pour survivre, que leur santé n'est pas bonne et qu'ils souffrent de malnutrition, et que les réseaux de soutien à l'intention de la jeunesse font défaut.[23]

Monsieur Murray, qui travaille activement auprès des jeunes de la rue à Winnipeg, a décrit dans une perspective professionnelle, objective et bien informée la vulnérabilité de la jeunesse autochtone.

> Prenez l'exemple des jeunes autochtones... si nous prenons le cas des 500 ou 1 000 prochaines personnes qui contracteront le sida ou le VIH dans la province, vous constaterez que les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse et les jeunes de la rue y sont disproportionnellement représentés et encore plus la jeunesse autochtone. Ces jeunes ne sont pas scolarisés, sont victimes d'une ségrégation générale naturelle dans l'infrastructure sanitaire et ont souvent des démêlés

---

[23] Résumé de la présentation de Glen Murray devant le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (procès-verbal)

avec la justice. Lorsqu'ils arrivent dans les grands centres urbains, ils présentent une attitude positive et ouverte propre aux petites localités où on connaît ses voisins et fonctionne suivant un schème de valeurs traditionnelles. Ils sont donc francs, et portés à faire confiance lorsqu'ils arrivent dans une ville et qu'on leur offre gratuitement des drogues comme Talwin et Ritalin... Il en va de même pour les femmes vivant dans les grands centres urbains qui se retrouvent marginalisées du seul fait qu'elles sont des femmes.

Selon M. Murray, il existe ce qu'il appelle un cercle vicieux lié au VIH, dans lequel les personnes se trouvent prises. Prenons l'exemple d'une jeune personne qui n'a pas de foyer où se réfugir, une personne dépourvue de moyens financiers qui est peut-être victime d'abus sexuels à la maison ou qui vit dans un foyer où d'autres barrières existent, une jeune femme qui a commencé à avoir des rapports sexuels avant que ses parents ne l'y autorisent et qui est rejetée par sa famille, un jeune homme qui affirme son homosexualité, qui est rejeté par sa famille et se retrouve dans la rue. Toutes ces personnes doivent chercher une place où vivre. Elles errent au coeur du centre-ville et trouvent abri dans des maisons d'accueil. La plupart du temps, elles passent la nuit avec quelqu'un et ont des relations sexuelles. Si elles ont de faibles revenus -- nombre n'ont pas d'emploi, et un travail chez McDonald ne fournit pas le genre de revenu suffisant pour subsister -- ou si elles ont fréquenté l'école d'un grand centre urbain et n'ont pas obtenu de bons résultats scolaires, ces jeunes se sentent souvent mal à l'aise de retourner à la maison. Ils s'adonneront alors à la prostitution parce qu'ils ont besoin d'argent ou vont même jusqu'à commettre des vols par effraction. Ils ont souvent des démêlés avec la justice, les services sociaux, l'infrastructure sanitaire et le système judiciaire, ce qui représente tout un ensemble de risques pour eux.

Un grand nombre de jeunes se mettent à consommer des drogues douces, deviennent alcooliques. Lorsqu'ils se mettent à s'injecter des drogues, ils le font de six à dix fois par jour, habitude qui leur coûte jusqu'à 1 000 $ par jour. Des centaines d'enfants de la rue connaissent une situation semblable. Quand ils se trouvent pris dans ce cercle vicieux, leur utilisation de drogues par voie intraveineuse et leur sexualité deviennent très problématiques, tout comme leur état de santé général. Nombre d'entre eux souffrent de malnutrition. Beaucoup s'alimentent mal, ne consommant que du chocolat, des croustilles et du coke, prenant peut-être de temps à autre un repas chez McDonald.

L'emploi de seringues représente pour eux une autre possibilité d'infection, tout comme l'emploi de Talwin et de Ritalin et leurs habitudes sexuelles. Ils sont sujets à être infectés de diverses façons très directes.

Il existe une corrélation entre leur survie et leur degré élevé d'activité sexuelle. La sexualité procure à certains une satisfaction émotionnelle et de la gratification en l'absence d'affection. Ils se sentent aliénés. Leur piètre état physique attribuable à la malnutrition et à la consommation de Talwin et de Ritalin a ébranlé leur système immunitaire. Leur taux de lymphocytes est faible, ce qui rend l'organisme vulnérable aux infections. Souvent, ils contractent une maladie transmise sexuellement, telle une infection à Chlamydia qui, dans 80 % des cas, est asymptomatique. Les membranes muqueuses du vagin, du rectum ou du pénis deviennent enflammées. Durant les rapports sexuels, toute lésion tissulaire accroît le risque d'infection. Certaines personnes prétendront que cela s'impose pour qu'il y ait transmission de l'infection. Il est rare que je rencontre des cas d'herpès, maladie à déclaration non obligatoire dans la province, ou d'ampoules qui ne favorisent pas la transmission de l'infection.[24]

L'infection à VIH constitue une menace grave pour la jeunesse autochtone qui habite en zone rurale ainsi qu'en région éloignée et dans les réserves. Bien qu'on ne possède aucune donnée spécifique quant à la menace que constitue cette infection pour la population autochtone, l'ampleur du problème en ce qui concerne les enfants et les sidatiques canadiens a été décrite de façon générale dans l'article suivant, publié en 1989 :

Le VIH constitue une double menace pour les adolescents. Premièrement, l'infection à VIH est liée à des comportements à risque dans des domaines où les adolescents tentent souvent des expériences, soit les relations sexuelles, la consommation d'alcool et de drogues. Deuxièmement, comme peu d'adolescents sont actuellement atteints du sida, le VIH demeure une menace invisible que les adolescents, avec leur vulnérabilité juvénile, ignorent souvent ou rejettent. Les résultats préliminaires de nouvelles études mettent en lumière une prévalence accrue d'infection à VIH chez les adolescents.

---

[24] Glen Murray, Présentation devant le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba) du 28 au 30 mai 1989 (procès-verbal).

> Le taux stable de grossesses non désirées chez les adolescentes et l'accroissement du taux de maladies transmises sexuellement (particulièrement des infections à Gonorrhea et à Chlamydia chez les jeunes femmes) laissent croire que le VIH peut se propager chez la population adolescente presque aussi rapidement que chez la population homosexuelle.
>
> Une récente enquête portant sur la jeunesse canadienne (Canada Youth and AIDS Study, King et coll., Queen's University, 1988) indique que seulement 14 % des jeunes gens ayant des rapports sexuels utilisent régulièrement des condoms et que plus du quart n'en ont jamais utilisé. Environ 15 % des décrocheurs et des jeunes en âge de fréquenter le cégep avaient eu des rapports sexuels anaux.[25]

On devra adresser à la jeunesse autochtone des messages spéciaux, accrocheurs et plausibles si on veut contenir l'infection à VIH. Les solutions de rechange proposées aux rapports sexuels sans protection, à la consommation abusive d'alcool et à l'utilisation de drogues doivent être acceptables et satisfaisantes pour ce segment de la population autochtone.

Les personnes souffrant du sida

Les statistiques de Santé et Bien-être social Canada indiquent que le taux de MTS chez les Amérindiens et les Inuit était en 1986 à 21,7 pour 100 000 personnes, comparativement à 6,6 chez les non autochtones.[26]

L'opinion suivante sur les maladies transmises sexuellement provient d'une communication reçue à la suite de notre invitation à soumettre des communications sur la sensibilisation des autochtones à la prévention du sida.

> Il est reconnu que le risque de propagation du virus de l'immunodéficience humaine de type I (VIH-I ou virus du sida) est potentiellement élevé chez les communautés autochtones en raison du taux élevé d'autres maladies transmissibles sexuellement (MTS) signalées dans ces communautés...

---

[25] Farkas et Kossman, Impact of HIV Infection on Social Service Agencies Serving Children and Youth in the Metro Toronto Area, Central Toronto Youth Services AIDS Report, Toronto, printemps 1989.

[26] Santé et Bien-être social Canada, État de santé des Indiens et des Inuits au Canada : Mise à jour de 1987, DGSM, Ottawa, 1988.

Considérer le sida dans le contexte des autres MTS

- quoique l'affection puisse se propager par l'utilisation de drogues par voie intraveineuse et par des transfusions sanguines, la transmission par des rapports sexuels constitue le principal mode de propagation du VIH

- la population est déjà familiarisée avec les autres MTS (infections à Gonorrhea, à Chlamydia, etc.) et elle peut se référer aux renseignements sur les affections qu'elle connaît déjà

- un nombre croissant de données indiquent que d'autres MTS peuvent accroître la propagation du VIH au sein d'une communauté. Par contre, l'identification rapide et le traitement des autres MTS peut réduire la propagation du VIH. Les programmes de traitement et de dépistage des MTS ainsi que les installations utilisées à ces fins doivent par conséquent être appropriés.[27]

Glen Murray, de la Village Centre Clinic à Winnipeg, a fait ressortir le point suivant :

> Lorsque vous prenez l'exemple du Manitoba et que vous reconnaissez que l'infection à VIH suit le modèle d'autres maladies transmises sexuellement, vous découvrez que 70 % des MTS touchent le groupe d'âge des 11 à 24 ans. Ces personnes souffrent principalement d'infection à Chlamydia et à Gonorrhea.[28]

La documentation révèle que les Amérindiens et la population autochtone d'Australie présentent un taux de MTS généralement plus élevé que les autres habitants du même état et du même pays.

Dans un rapport australien, on fait remarquer les points suivants :

---

[27] D' Michael Moffatt et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal Communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeg, 4 août 1989.

[28] Glen Murray, Présentation devant le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba) du 28 au 30 mai 1989 (procès-verbal)

> On croit que lorsque les MTS sont courantes, particulièrement celles causant des plaies et des ulcères génitaux, l'infection au VIH peut alors survenir plus facilement durant des rapports sexuels avec un partenaire infecté.[29]

Il est manifeste que les personnes atteintes d'une MTS présentent un risque élevé d'infection à VIH en raison de leurs pratiques sexuelles qui se révèlent peu sûres et du risque d'infection de plaies génitales ouvertes résultant de certaines MTS.

Prostitués de sexe masculin et féminin

On possède très peu de renseignements traitant spécifiquement de la prostitution et de comportements à risque élevé chez les autochtones. Il est manifeste, d'après ce qu'on sait des jeunes de la rue, que la prostitution chez les autochtones est devenue un moyen de survie pour nombre d'entre eux. Il ne fait aucun doute que les adolescents et adolescentes s'adonnent à des rapports sexuels sans protection en échange d'argent qui leur permettra d'acheter de la drogue, de la nourriture et leur fournira un abri temporaire.

En ce qui concerne les prostitués et prostituées autochtones «professionnels», leurs activités peuvent se comparer à celles d'autres personnes s'adonnant à la prostitution.

> Les prostitués demandent à leurs clients de porter un condom (90 %), mais non à leur ami de ceour (18 %). L'association entre l'utilization de seringues et la transmission du virus par des rapports sexuels n'est pas toujours bien comprise. Des personnes s'administrant en cachette des drogues par voie intraveineuse et des bisexuels transmettent l'infection à de nombreuses femmes. (Ministère de la Santé de la C.-B.)[30]

On doit également tenir compte de la mesure dans laquelle les autochtones de sexe masculin de passage dans les villes recourent aux services des prostitués. Un groupe de médecins de la faculté de médecine de l'University of Manitoba a fait

---

[29] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[30] Kathleen O'Malley, Rapport d'une enquête... quant aux questions clés et à l'information demandée au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

remarquer les points suivants :

> Les planificateurs de programmes auront besoin de renseignements précis sur certaines questions délicates relatives aux facteurs de risque. En voici une :
>
> ... la fréquence d'utilisation de services de protituées par les hommes voyageant hors des communautés autochtones.
>
> Il semble qu'il s'agisse des modes de transmission les plus probables du VIH dans la communauté autochtone, et des renseignements précis quant à leur prévalence doivent être colligés.[31]

Femmes autochtones

Les femmes autochtones peuvent contracter une infection à VIH de leur partenaire sexuel si elles ne savent pas qu'il a des relations sexuelles avec d'autres personnes. En effet, certains hommes qui sont censés être monogames et ne pas consommer de drogues constituent une menace pour leur partenaire sexuel et leurs enfants à naître du fait qu'ils ont recours aux services d'un(e) prostitué(e), qu'ils ont des relations homosexuelles «cachées» ou qu'ils s'injectent des drogues.

De plus, bon nombre de femmes autochtones sentent qu'elles ont peu de pouvoir dans une relation sexuelle :

> Le problème n'est pas que les femmes disposent de trop peu d'information, mais plutôt qu'elles manquent d'amour-propre et ne savent pas s'affirmer. Cela est particulièrement vrai des jeunes adolescentes. Même lorsqu'elles craignent de contracter le sida, elles ne s'imaginent pas pouvoir discuter de pratiques sexuelles sûres avec un partenaire et elles craignent un rejet ou même de la violence si elles insistent sur l'utilisation d'un condom. Il reste encore beaucoup à faire dans les écoles pour inculquer des principes d'affirmation de soi,

---

[31] D[r] Michael Moffatt et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal Communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeg (Manitoba), le 4 août 1989.

d'une bonne image de soi et d'une autonomie plus marquée. (AIDS Saskatoon)[32]

Enfants autochtones

Une infection à VIH imputable à une transmission périnatale peut manifestement se produire chez l'enfant à naître. En effet, on a noté jusqu'ici un cas déclaré de sida résultant de cette forme de transmission.

Dans les communautés autochtones, on se préoccupe de plus en plus de la violence sexuelle faite aux enfants. On ne dispose pas de données précises sur la fréquence de ce genre de violence chez les autochtones, mais un article publié à Vancouver (Children of the Street) fournit quelques renseignements à ce sujet.

> Selon l'auteur de cet article, la violence sexuelle est une des principales causes de la prostitution infantile dans les rues de Vancouver. De plus, 70 % des enfants qui s'y adonnent seraient des autochtones provenant de toutes les régions du Canada. (Vancouver Sun, 24 octobre 1988)

L'effet que la violence sexuelle à l'égard des enfants autochtones peut avoir sur la propagation du VIH dans les communautés autochtones doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

Détenus autochtones

On n'a pu trouver aucune renseignement spécifique sur l'utilisation de drogues ni sur les pratiques sexuelles des autochtones en milieu carcéral. Au cours de la First Canadian Conference on AIDS and Related Issues in the Native Community, tenue à Vancouver, Cate Hankins a traité de cette question.

> Selon elle, les autochtones sont surreprésentés dans le système correctionnel canadien en tant que détenus et sous-représentés, en tant qu'employés. Les autochtones représentent 2,5 % de la population canadienne, mais 9,6 % des détenus incarcérés dans des établissements fédéraux et 1,2 % des employés de ces établissements. Quant aux femmes autochtones, elles représentent 14,2 % des Canadiennes détenues dans des pénitenciers fédéraux (1987). En plus

---

[32]Kathleen O'Malley, Rapport d'une enquête...quant aux questions clés et à l'information demandée au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission de VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

d'être surreprésentés en tant que détenus, les autochtones purgent généralement une plus grande partie de leur peine en prison. Voilà pourquoi la transmission du VIH et du sida en milieu carcéral intéresse tout particulièrement les communautés autochtones du Canada.

En conclusion, il est clair que le sida et l'infection à VIH posent un problème au sein du système correctionnel du Canada. Dans certaines régions, de légers progrès ont été réalisés au plan de l'élaboration de programmes d'éducation destinés aux agents de correction et aux détenus, mais les conditions fondamentales du milieu dans lequel un comportement à risque peut se produire n'ont pas été modifiées. En effet, dans les établissements carcéraux, on ne distribue pas de condoms, l'eau de javel n'est pas nécessairement disponible pour la désinfection des seringues, l'éclairage est demeuré le même et il n'y a aucune approche systématique visant à isoler les détenus qui sont vulnérables de ceux qui sont plus agressifs. Il reste beaucoup à faire...

Les détenus autochtones ont besoin de programmes de sensibilisation spécialisés au même titre que les communautés autochtones ont besoin de programmes adaptés à leur culture.[33]

Autres facteurs pouvant influer sur la population autochtone

Modèles de propagation du sida

Dans un article publié dans la revue Scientific American, en 1988, Jonathan Mann a donné l'explication suivante des modèles de propagation du sida :

Les pays de modèle I sont industrialisés. On trouve un grand nombre de cas déclarés de sida. Au nombre de ces pays, se trouvent les États-Unis, le Mexique et le Canada... Dans les pays de modèle I, le VIH a probablement commencé à se propager de façon importante à la fin des années soixante-dix. La plupart des cas de sida sont des hommes bisexuels ou homosexuels et des consommateurs de drogues par voie intraveineuse vivant en milieu urbain. La transmission hétérosexuelle n'est responsable que d'un très petit nombre de cas.

---

[33]Cate Hankins, Syllabus: AIDS and Natives in Corrections, First Canadian Conference on AIDS and Related Issues in the Native Community, avril 1989, Vancouver (C.-B.)

Relativement peu de femmes ont été infectées dans ces régions ce qui explique pourquoi on n'a relevé jusqu'ici aucun cas de transmission périnatale (c'est-à-dire de la mère à l'enfant).

À l'heure actuelle, le modèle II se trouve dans certaines régions de l'Afrique centrale, orientale et du Sud et, de plus en plus, dans certains pays d'Amérique latine, particulièrement dans les Antilles.

...dans les régions de modèle II, la plupart des cas touchent des hétérosexuels, et le rapport hommes/femmes infectés est d'environ un pour un. La transmission résultant de relations homosexuelles ou de la consommation de drogues par voie intraveineuse est absente sinon très faible. Toutefois, puisque de nombreuses femmes sont infectées, la transmission périnatale est courante.

Les pays de modèle III sont ceux de l'Europe orientale, de l'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, de l'Asie et de la majeure partie de la région du Pacifique... Dans ces pays, le VIH a probablement fait son apparition au début et au milieu des années quatre-vingts, et seulement un faible nombre de cas de sida ont été jusqu'ici déclarés. Ces cas visent essentiellement des personnes qui ont voyagé dans les régions de modèle I ou de modèle II et qui ont eu des relations sexuelles avec des personnes de ces régions.[34]

Même si 65 % des cas déclarés de sida chez les autochtones sont le résultat de relations bisexuelles ou homosexuelles, comme c'est le cas dans les pays de modèle I (y compris le Canada), les facteurs susceptibles de contribuer à la transmission du sida dans les pays de modèle II (transmission hétérosexuelle) sont considérablement les mêmes que ceux qui prévalent dans la population autochtone.

La transmission du VIH semble être liée à la probabilité d'un contact avec un partenaire infecté ainsi qu'au genre de pratiques sexuelles auxquelles on s'adonne avec le partenaire. Même si les résultats des études systématiques du comportement sexuel en Afrique subsaharienne ne sont pas encore disponibles, les chercheurs ont en général noté que les Africains sidatiques ont un plus grand nombre de partenaires sexuels et(ou) de relations sexuelles avec des prostituées que les hommes des autres groupes témoins.

---

[34] Jonathan Mann et coll., The International Epidemiology of AIDS, Scientific American, octobre 1988, États-Unis.

> Dans ces régions, de nombreux hommes se livrent à de fréquents échanges de partenaires ou ont souvent recours aux services d'un nombre relativement peu élevé de prostituées. Le fait qu'ils retournent ensuite à leur conjoint pourrait expliquer le modèle épidémiologique de transmission du VIH qu'on y remarque. Comme l'indiquent certaines études, la pénétration vaginale représente en Afrique subsaharienne le comportement sexuel le plus courant, ce qui vient renforcer l'hypothèse voulant que la fréquence des rapports sexuels constitue le facteur principal de transmission du VIH dans cette région.
>
> Certains autres facteurs peuvent aider à expliquer les différences existant au plan de la résistance à l'infection au VIH. Par exemple, les personnes dont le système immunitaire a été activé à la suite d'infections chroniques peuvent être plus facilement infectées à la suite d'une exposition au VIH. On estime également que la présence d'autres maladies transmises sexuellement peuvent accroître le risque. Les résultats d'études effectuées en Afrique donnent à croire que les MTS (en particulier celles qui se caractérisent par la présence d'ulcères génitaux, comme le chancre mou et la syphilis) peuvent réduire la résistance à l'infection à la suite d'une exposition à un partenaire séropositif ou, encore, qu'elles peuvent accroître l'infectivité d'une personne séropositive. Selon des études effectuées aux États-Unis, l'infection à VIH est liée à la présence de lésions anales ou génitales chez les hommes homosexuels. En outre, la forte prévalence en Afrique tropicale de maladies transmises sexuellement (le chancre mou et la syphilis, par exemple) par rapport aux populations de l'Europe en général vient appuyer l'hypothèse selon laquelle ces maladies favorisent la propagation du sida en Afrique.[35]

Les épidémiologistes croient que dans les pays de modèle II la propagation du VIH par transmission hétérosexuelle peut être attribuable au nombre de partenaires sexuels, à la prévalence des maladies transmises sexuellement et à l'effet délétère que les MTS peuvent avoir sur le système immunitaire. Selon la documentation, les taux de MTS chez la population autochtone du Canada sont beaucoup plus élevés que ceux du reste de la population.

> En effet, d'après des statistiques de Santé et Bien-être social, le nombre de cas de MTS chez les Amérindiens dans la province de Manitoba était en 1986 de

---

[35] Jonathan Mann et coll., The International Epidemiology of AIDS, Scientific American, octobre 1988, États-Unis.

21,7 par 100 000 habitants versus à 6,6 par 100 000 habitants pour la population non autochtone.[36]

La Stratégie nationale de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida doit tenir compte du fait que le sida est de plus en plus répandu chez la population autochtone hétérosexuelle. Le Canada est considéré comme un pays de modèle I et, par conséquent, la conception des messages et des programmes de prévention devrait viser spécifiquement les groupes qui ont un comportement à risque élevé. Le message destiné à la communauté autochtone, qui peut fort bien devenis une population de modèle II au sein d'un pays de modèle I, doit être plus général et plus complexe en ce sens qu'il fait appel à une meilleure compréhension du comportement sexuel des diverses cultures autochtones.

Il est essentiel de comprendre pourquoi les taux de MTS sont plus élevés dans la population autochtone que dans tout autre segment de la communauté canadienne si l'on veut arriver à concevoir un message qui réussisse à modifier le comportement sexuel à long terme de celle - ci.

Une étude de la documentation n'a pas permis de lever le voile sur les divers éléments de la sexualité chez les autochtones; en effet, on n'a pu y trouver que des observations désuètes des missionnaires du XIX^{e} siècle.

D'après la description fournie par Jonathan Mann dans un (article publié dans la revue Scientific American), le VIH s'est probablement d'abord manifesté chez des personnes qui avaient voyagé dans des pays de modèle I ou II, qui avaient eu des relations sexuelles avec des partenaires infectés et qui avaient ensuite infecté d'autres personnes dans leur pays.

Selon la présentation effectuée en 1989 par l'Association nationale des centres d'amitié, au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, les autochtones ont tendance à voyager à l'extérieur de leur communauté pour y retourner ensuite pour une multitude de raisons.

> En effet, les autochtones quittent les réserves et les localités rurales afin de se rendre dans les villes pour divers motifs. Ils s'y rendent en vue de poursuivre leurs études, d'y travailler, de recevoir une aide médicale, d'échapper à un milieu familial difficile, etc. Ils restent en contact avec des gens de leur réserve ou du

---

[36] Santé et Bien-être social Canada, L'État de santé des Indiens et des Inuit canadiens, mise à jour de 1987, DGSM, Ottawa, 1988.

village où ils sont nés ou avec leur famille qui vit ailleurs et leur rendent fréquemment visite.

La population urbaine est très mobile, c'est-à-dire qu'elle fait souvent la ravette entre les villes et les réserves au cours d'une année. La population autochtone est jeune et son taux de fécondité est élevé, ce qui explique l'explosion démographique qu'elle connaît.

Selon l'Association nationale des centres d'amitié, les autochtones ont des relations sexuelles avec des partenaires qui s'adonnent à des pratiques sexuelles dangereuses, c'est-à-dire sans condom. En outre, les autochtones qui présentent un risque et qui ont été exposés au VIH voyagent entre les villes, les réserves et les communautés rurales.[37]

D'après Statistique Canada, le comportement migratoire des Amérindiens inscrits porte à croire que les régions urbaines demeurent la destination privilégiée des migrants autochtones. En effet, entre 1976 et 1981, 56 % de tous les migrants se sont rendus dans des centres urbains; dans les cinq années précédant 1971, ce chiffre était de 55 %. Bien que les centres urbains aient été la destination privilégée du plus grand nombre de migrants autochtones, ils ont également fourni un nombre encore plus important de migrants autochtones aux zones rurales. Entre 1976 et 1981, 62 % de tous les migrants autochtones venaient des centres urbains; entre 1966 et 1971, ce chiffre était de 49 %. Les réserves indiennes ont également connu une augmentation du nombre de leurs migrants; de 21 % entre 1966 et 1971, ce taux est passé à 28 %, entre 1976 et 1981.

La migration urbaine s'est également accrue pour passer de 13 % entre 1966 et 1971, à 17 % entre 1976 et 1981. Pour ce qui est de la migration nette (migrants ruraux moins migrants urbains), on peut dire qu'entre 1976 et 1981, les réserves ont été celles qui ont accueilli le plus grand nombre de migrants par comparaison aux autres régions. En ce qui concerne les régions métropolitaines, entre 1976 et 1981, il y a eu une diminution du nombre

---

[37] Association nationale des centres d'amitié, Preséntation au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Ottawa, 1989.

de migrants indiens de l'ordre de 2 % par rapport à une augmentation nette de 6 %, entre 1966 et 1971.[38]

La migration rurale et urbaine des autochtones à la ville et leur retour dans leur communauté rurale pourrait fort bien être la cause de l'apparition du VIH dans la communauté la plus isolée et la plus éloignée.

Conclusion

Les facteurs qui conduisent à l'infection à VIH sont présents au sein de la communauté autochtone tout comme dans le reste du Canada, mais les taux élevés de MTS (résultats de relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires), de grossesses chez les adolescentes et de natalité portent à croire que l'infection se propage de plus en plus dans la communauté hétérosexuelle, tout comme dans les pays de modèle II.

Voilà pourquoi il est important que la Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones à la prévention du sida tienne compte du rôle des rapports hétérosexuels dans la propagation de l'infection. Il est essentiel que la population autochtone sache que même si les statistiques actuelles semblent indiquer que les relations homosexuelles/bisexuelles et la consommation de drogues par voie intraveineuse constituent les principaux facteurs de risque de la transmission du VIH, les taux élevés de MTS peuvent être le signe d'une propagation au sein de la communauté hétérosexuelle.

La Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones à la prévention du sida devrait être conjuguée à des mesures visant à réduire le taux de MTS.

Même si les messages de prévention doivent être adressés aux groupes qui peuvent s'adonner à des pratiques sexuelles à risque élevé ou qui sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH en raison d'une corrélation étroite entre les facteurs présents au sein des communautés autochtones et des pays de modèle II, il faut également sensibiliser toute la population autochtone à la menace que constitue pour elle le VIH.

---

[38] Andrew J. Siggner, The Socio-Demographic Conditions of Registered Indians, Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, Ottawa, 1986.

Question 1.3 : Quels facteurs peuvent mener à une propagation du sida et des affections liées au VIH?

Constatations :

Les Centers for Disease Control, d'Atlanta (Georgie), ont défini le sida comme suit :

> Le sida est une maladie invalidante ou pouvant menacer la vie, qui est causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et qui se caractérise par une encéphalopathie (affection cérébrale) attribuable au VIH, un syndrome cachectique, ou par certaines affections liées à l'immunodéficience, chez une personne dont les tests de laboratoire ont permis de dépister la présence d'une infection à VIH ou qui ne présente pas certaines autres causes d'immunodéficience.[39]

Il est important de comprendre que bien que le sida puisse constituer l'issue d'une infection à VIH, diverses autres affections peuvent apparaître chez une personne avant que l'on établisse qu'elle souffre du sida.

La Commission présidentielle américaine sur l'infection à VIH a souligné que :

> Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), rétrovirus responsable du sida, est en fait responsable de l'infection à laquelle s'associent diverses conséquences. Lorsqu'on planifie les soins appropriés à apporter aux malades, il est essentiel d'identifier ceux qui auront besoin de services de soins de santé. Parmi ces malades, on trouve à une extrémité ceux qui présentent un risque d'infection au VIH, à l'autre ceux qui meurent du sida et, entre les deux, tous les autres.[40]

D'après la documentation, le système immunitaire s'affaiblit en présence d'affections et d'infections chroniques. On peut donc croire que le VIH intervient dans un système immunitaire qui est déjà affaibli par la présence, par exemple, d'autres

---

[39] Ron Rowell, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics, A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland Californie, (États-Unis), 1987.

[40] James D. Watkins, Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, Washington (D.C.), juin 1988.

MTS. Le sida et les affections liées au VIH se propagent alors plus rapidement.

Une étude menée en Australie sur le sida et les autochtones porte à croire que lorsqu'une personne souffre d'une infection à VIH et d'une autre maladie chronique, le risque de contracter le sida peut être plus élevé que pour une personne dont l'état de santé général est bon.[41]

Le manque de données relatives au VIH chez les autochtones et le manque de soins de santé appropriés peuvent empêcher l'élaboration de mesures d'intervention opportunes.

La méfiance à l'égard du réseau médico-hospitalier et la crainte de la discrimination peuvent également empêcher les autochtones d'avoir recours à des soins de santé même lorsqu'ils présentent les symptômes d'une infection à VIH.

De plus, de nombreuses cultures autochtones perçoivent la maladie comme «une autre étape dans ce voyage qu'est la vie». Par conséquent, elles peuvent tout simplement l'accepter ou chercher à obtenir les conseils d'un aîné ou d'un guérisseur traditionnel. On possède peu de données sur les effets qu'a eus la médecine traditionnelle sur la propagation des affections liées au VIH et du sida. Cependant, des rapports anecdotiques donnent à penser que puisque les méthodes de guérison traditionnelles se fondent sur une approche holistique, elles exigent une abstinence absolue face à l'alcool et à d'autres substances étrangères, un repos et un régime alimentaire appropriés ainsi qu un mode de vie axé sur l'être dans son entier. Même si le bien-fondé de cette approche n'a pas été prouvé scientifiquement, certaines données portent à croire qu'un style de vie «sain» peut retarder l'apparition du sida chez une personne séropositive.

Conclusion

Les facteurs qui peuvent entraîner une propagation plus rapide des affections liées au VIH et du sida sont présents au sein de la population autochtone. Parmi ces derniers, on trouve les MTS et les autres maladies chroniques qui peuvent affaiblir le système immunitaire. De plus, le manque d'accès à des soins médicaux appropriés en raison de la discrimination et de la méfiance à l'égard du réseau peuvent retarder l'intervention et le traitement qui s'imposent.

---

[41] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islander and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

À l'heure actuelle, on ne connaît pas l'effet que peuvent avoir les méthodes de guérison et la médecine traditionnelles sur les affections liées au VIH et le sida, mais des données nous permettent de croire que l'approche holistique utilisée par bon nombre de guérisseurs traditionnels est bénéfique pour les personnes séropositives.

Question 1.4 : Ces facteurs sont-ils présents au sein de la population autochtone?

Constatations :

D'après les recherches effectuées, les facteurs qui contribuent à l'infection à VIH et à l'apparition des affections qui y sont liées sont présents au sein de la population autochtone. Parmi ces derniers, on trouve :

- relations homosexuelles/bisexuelles à risque élevé;
- consommation de drogues par voie intraveineuse;
- rapports hétérosexuels à risque et effet possible sur les enfants à naître;
- taux élevés de MTS;
- pratiques sexuelles à risque (y compris la violence sexuelle) imputables à l'alcool et à la drogue;
- prostitution (profession et moyen de survie); et
- manque d'information et d'accès aux services appropriés en raison d'une discrimination, d'un manque de renseignements et d'une méfiance.

Conclusion

Par rapport à quatre-vingt-un pour cent (81 %) des cas déclarés de sida au Canada, la majorité (soit 67%) des cas déclarés de sida actuels (Centre fédéral sur le sida) chez les autochtones sont imputables à des rapports homosexuels ou bisexuels. • l'heure actuelle, les données dont on dispose donnent à penser que l'épidémie de sida chez les autochtones semble être la même que chez la population du Canada en général. Cependant, en raison des taux élevés de MTS chez les autochtones, l'infection à VIH peut poser un problème important pour les hétérosexuels autochtones, tout comme c'est le cas dans les pays de modèle II.

Même si la majorité de la population autochtone vit dans des communautés isolées, éloignées et rurales, elle n'est pas à l'abri pour autant de l'infection à VIH. On a étudié la migration rurale et urbaine des autochtones, mais on ne possède pas de données sur les comportements à risque élevé de ces migrants lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur de leur communauté et qu'ils y reviennent avec une infection à VIH qu'ils communiquent à d'autres, tout comme c'est le cas dans les pays de modèle III.

Le manque d'information et d'accès à des soins de santé, la méfiance à l'égard du système médical, la crainte d'une discrimination et diverses considérations culturelles peuvent retarder le traitement de la maladie chez un autochtone dont le diagnostic a permis de révéler la séropositivité.

Même s'il faut adresser spécifiquement les messages à des groupes susceptibles de s'adonner à des pratiques sexuelles à risque au sein de la communauté autochtone, la sensibilisation de la population autochtone, dans son entier, constitue une priorité.

DEUXIEME PARTIE

Deuxième hypothèse : Des programmes et des activités de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida sont nécessaires.

NOTE :

Le questionnaire suivant a été établi en vue de recueillir des renseignements détaillés sur les programmes et les activités de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida.

Plus de 2 000 organismes autochtones et non autochtones des quatre coins du pays (bureaux du gouvernement et de bandes, centres d'accueil, fournisseurs de soins de santé et groupes de femmes autochtones) ont répondu à ce questionnaire.

Au moment de rédiger le présent rapport, on avait reçu plus de 200 questionnaires remplis, ce qui représente un échantillonnage intéressant des fournisseurs de services. Les renseignements et les opinions précieuses que nous ont fournis les répondants sont présentés aux tableaux 1 et 2, à la toute fin de la présente section du rapport.

A. Renseignements de base

Veuillez fournir les renseignements demandés ci-après afin de permettre l'analyse de données :

1. Nom de l'organisme, du ministère ou du groupe :

2. Poste occupé :

B. Sensibilisation des autochtones à la prévention du sida et prévention du sida

3. a) Votre organisme participe-t-il à un programme de sensibilisation à la prévention du sida?

( ) Oui ( ) Non

b) Si oui, veuillez nommer ces activités. Si non, passez au numéro 3. e).

c) Pourquoi et comment ces activités ont-elles commencé? Veuillez donner une explication.

d) Ces activités ont-elles donné lieu à des résultats positifs? Comment pouvez-vous le savoir? Veuillez expliquer.

e) Qui devrait offrir aux autochtones des programmes de sensibilisation à la prévention du sida? Pourquoi? Veuillez expliquer.

4. Est-il nécessaire de mettre en place des programmes de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida?

( ) Oui ( ) Non ( ) Je ne suis pas certain

Veuillez expliquer :

5. Quelles activités sont susceptibles d'avoir la plus grande incidence sur la communauté autochtone?

Veuillez expliquer :

6. Quelles mesures votre organisme devrait-il prendre afin d'endiguer la propagation du VIH au sein des communautés autochtones?

Veuillez expliquer :

Question 2.1 : Quels organismes autochtones ont des programmes de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida?

Constatations :

Une partie du présent questionnaire a trait aux programmes en matière de sida. Voici donc une liste non exhaustive d'organismes et de groupes d'autochtones qui offrent des programmes de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida :

1. Centres d'accueil

Un certain nombre de centres d'accueil, dont ceux des Micmacs, à Halifax, et des NeChee à Kenora (Ontario), ainsi que ceux de Montréal et du Pas (Manitoba) ont mis sur pied des ateliers et des séances d'information sur le sida et les autres MTS.

- Ces séances commeçaient généralement par une discussion suivie de présentations vidéo, de la distribution de documents imprimés et de la participation de conférenciers oeuvrant personnellement dans le secteur des services de santé.

- Les ateliers ont été organisés par les centres d'accueil. Ces centres considèrent en effet que l'infection à VIH représente une menace réelle pour les autochtones à qui ils offrent leurs services.

- Tous les centres conviennent qu'une plus grande sensibilisation est nécessaire, particulièrement en ce qui a trait aux comportements à risque élevé, mais que le manque de ressources et de fonds représente un obstacle important à la mise en oeuvre de programmes de sensibilisation et de prévention efficaces pour les autochtones.

- Le Centre d'accueil de Prince-George (Colombie-Britannique) emploie maintenant des travailleurs spécialisés dans la prévention qui distribuent aux jeunes autochtones des rues des condoms, des trousses contenant de l'eau javelisée, des seringues et de l'information pour ainsi répondre aux besoins réels de ce groupe à risque élevé.

2. Gouvernements des Premières Nations

Les gouvernements des Premières Nations, [y compris la bande indienne de Parry Island (Ontario), les Mohawks de la baie de Quinte (Ontario), la Bande indienne de Glen Vowell, la Bande indienne de Grand Rapids (Manitoba), la Bande indienne de Williams Lake (Colombie-Britannique) et la Bande indienne de Rexton (Nouveau-Brunswick)] offrent un programme sommaire de sensibilisation et de prévention généralement par l'entremise de leurs représentants en santé communautaire ou d'infirmières de la santé publique.

- La plupart des représentants du service de santé communautaire et des infirmières organisent des ateliers destinés au grand public ou destinés spécifiquement à d'autres fournisseurs de services et aux éducateurs.

- Même si ces activités ont été organisées après qu'il soit devenu évident que le sida constituait une menace pour les communautés autochtones, les représentants en santé communautaire ont noté que le manque de temps et de ressources constituait un obstacle majeur à l'élargissement des activités ou à l'élaboration de nouveaux projets de sensibilisation.

3. Centres de désintoxication

Les centres de désintoxication (y compris le Native People's Alcohol and Drug Centre de Ohsweken, en Ontario, et le Alcohol and Drug Centre du Manitoba) offrent certains services de counseling aux personnes à risque ou aux personnes qui lui en font la demande expresse.

4. Groupes d'homosexuels

Sur demande, les groupes d'homosexuels autochtones, comme les Gays and Lesbians of the First Nations de Toronto, offrent des condoms, organisent des séances d'information sur les pratiques sexuelles sûres et offrent des services de counseling.

5. Organismes autochtones de soins de santé

Le Conseil régional Kativik des services de santé et des services sociaux (Québec) traduit en langue Inuktitut des brochures et des cassettes vidéo traitant du sida et des MTS. Le taux élevé de MTS chez les autochtones à qui le Conseil offre ses services le force à agir ainsi, mais la pénurie de ressources et de temps constituent les principaux obstacles à l'élaboration de programmes plus exhaustifs de sensibilisation à la prévention du sida.

L'Anishnawbe Health (Toronto), en coopération avec la ville de Toronto, se charge sur demande des présentations sur la sensibilisation à la prévention du sida, de la distribution de condoms et des documents imprimés aux autochtones.

6. Groupes de représentants autochtones

D'autres organismes autochtones, comme l'Association nationale des centres d'amitié et l'Association des femmes autochtones du Canada, ont offert des ateliers de sensibilisation au sida à leurs membres dans le cadre de leurs assemblées annuelles et ont encouragé les groupes de membres à organiser des programmes de formation en matière de prévention du sida pour les membres de leur personnel, pour ainsi être en mesure de bien répondre aux demandes de services.

Questions soulevées par les organismes autochtones

- La majorité des répondants au sondage ont fait remarquer qu'une pénurie de ressources, à la fois humaines et financières, les avait empêchés d'élargir leurs activités de sensibilisation au sida.

- Toutes les activités ont été entreprises après avoir pris conscience de la menace que constitue l'infection à VIH pour la population qu'ils desservent.

Conclusion :

La majorité des activités de sensibilisation à la prévention organisées par les groupes et organismes autochtones prévoient la distribution de la documentation imprimée qui est présentée par les travailleurs sociaux ou de la santé au cours de séances d'information (ateliers). Lorsque des cassettes vidéo sont disponibles ou qu'elles ont été produites spécifiquement par le groupe, elles sont utilisées pour stimuler les discussions libre. Les messages d'éducation des autochtones à la prévention du sida de quelques organismes s'adressent aux groupes à risque élevé, comme les homosexuels, les enfants de la rue et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

La prise de conscience de la menace que constitue le sida pour les autochtones est la raison principale qui a mené à la mise en oeuvre d'un programme de prévention.

On doit, de plus régler le problème de la pénurie de ressources humaines et financières si l'on veut que des programmes d'éducation à la prévention plus efficaces et plus complets soient mis en place par les groupes communautaires et organismes autochtones.

Question 2.2 : Quels résultats ces programmes ou activités entraînent-ils?

Constatations :

Dans les documents étudiés, on n'a pu trouver d'études des connaissances, des attitudes et du comportement relativement au sida et à la population autochtone. Même si deux organismes autochtones ontariens (l'Association des Iroquois et des Indiens alliés et l'Union des Indiens de l'Ontario, en coopération avec l'Université de Toronto) ont proposé que le Centre fédéral sur le sida fournisse les fonds nécessaires pour effectuer de telles études des connaissances, des attitudes et du comportement, on ne possède à l'heure actuelle aucune donnée sur ce sujet au Canada.

Les organismes et les groupes autochtones qui ont répondu au questionnaire et qui ont indiqué qu'ils avaient mis sur pied des programmes ou des activités d'éducation et de prévention en matière de sida ont généralement noté que leurs efforts ont été relativement fructueux.

Les résultats suivants ont pu être observés dans les communautés où il y a eu des programmes de sensibilisation au sida :

- pendant et après l'atelier, discussion ouverte et franche sur les pratiques sexuelles sûres;
- reconnaissance des comportements à risque élevé;
- élimination des mythes;
- après l'atelier, échange de renseignements entre les jeunes;
- plus grande demande de condoms;
- plus grande demande de présentations;
- formation plus avancée demandée par les membres du personnel;
- demandes pour des présentations plus détaillées.

Les groupes autochtones qui ont offert un counseling individuel aux personnes à risque élevé ont fait état des résultats positifs suivants :

- augmentation du nombre de demandes de condoms, indiquant que l'utilisation de condoms apparaît comme plus acceptable;

- plus grande sensibilisation aux risques associés au partage de seringues;

- plus grand nombre de questions portant sur l'infection à VIH.

Un certain nombre d'organismes autochtones ont fait remarquer que ces activités venant à peine de commencer, il est difficile de mesurer les changements auxquels elles ont donné lieu.

Conclusion :

La majorité des organismes autochtones qui offrent des programmes et des activités d'éducation et de prévention en matière de sida ont dit croire avoir obtenu des résultats positifs en termes de plus grande sensibilisation au problème du sida et une augmentation du nombre de demandes de renseignements. De même, la demande de condoms et de seringues propres peut augurer d'un changement de comportement positif dans les groupes à risque élevé.

Il n'existe encore, à notre connaissance, aucune étude des connaissances, des attitudes et du comportement sur le sida et les autochtones.

Question 2.3 : Les autres organismes ou fournisseurs de services offrent-ils des programmes d'éducation à la prévention du sida spécialement conçus pour les autochtones?

Ces programmes ont-ils donné lieu à des résultats positifs?

Constatations :

Par le truchement du questionnaire, on a demandé aux divers organismes de services et de prévention du sida chez les non-autochtones de décrire les programmes d'éducation à la pour la prévention du sida, qu'ils offrent aux autochtones.

Programmes et services offerts

Les organismes, groupes d'entraide et comités oeuvrant dans le domaine du sida ont fourni les réponses suivantes :

AIDS Vancouver a servi d'organisme-ressource au cours de conférences réunissant des autochtones. Il se dit intéressé à former des personnes-ressources autochtones.

Les résultats obtenus par AIDS Vancouver ne sont pas connus.

AIDS Saskatoon a tenté d'établir des liens avec les groupes autochtones. Il est aussi intéressé à former des personnes-ressources autochtones.

Les résultats de ces efforts ne sont pas encore connus.

AIDS Vancouver Island a organisé des ateliers pour le bénéfice des bandes indiennes. Il a participé au Tribal Council Health Fair et fait une présentation destinée au Centre d'accueil.

Il s'en est suivi des commentaires positifs et une demande accrue de présentations.

AIDS Calgary travaille en collaboration avec le Native Alcohol Services et il entretient des liens avec les organismes autochtones et les autochtones de la rue.

Les groupes autochtones demandent à recevoir des séances de formation.

AIDS Regina a conçu un programme d'information sur le sida à l'intention des autochtones et mis en place un programme d'échange de seringues pour la population de la rue. Les résultats ne sont pas connus.

Ces organismes de lutte contre le sida ont répondu qu'ils n'offraient aucun programme sur le sida destiné exclusivement aux autochtones faisant remarquer qu'il n'y avait aucune demande pour de tels programmes puisque la population autochtone y est peu importante (par exemple, Guelph, en Ontario). Cependant, ils se sont dit prêts à intervenir si on leur en fait la demande.

Organismes de santé communautaire

Santé et Bien-être social Canada a répondu offrir les services suivants en matière de prévention du sida essentiellement par l'entremise des infirmiers et infirmières de santé publique en poste dans les réserves et dans les communautés autochtones rurales et éloignées. Les retombées positives de ces activités varient.

Ateliers en groupe : (vidéocassette et discussion) résultats variables qui sont allés d'un grand intérêt (avec le résultat qu'on a demandé d'autres ateliers et plus de condoms) jusqu'à aucune assistance.

Counseling individuel : plus grand nombre de personnes qui cherchent à avoir de bons renseignements sur le sida et qui demandent des condoms.

Présentations dans les écoles : (vidéocassette et discussion) plus grand intérêt, réaction positive et discussion ouverte parmi les pairs après une présentation.

Certaines infirmières de santé publique ont souligné que puisque la communauté n'est pas prête à discuter du sida, peu de renseignements sur ce sujet sont publiés dans le bulletin local. Les renseignements sur le sida sont communiqués au moyen de brochures distribuées dans les postes de soins infirmiers.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, les programmes et les activités d'éducation à la prévention du sida ont donné lieu à des résultats positifs, à savoir un plus grand nombre de demandes de dépistage du VIH et d'information (en inuktitut) ainsi qu'une plus grande demande de condoms.

Points importants

Les répondants non autochtones ont fréquemment fait valoir qu'ils croyaient que les activités et les programmes d'éducation à la prévention du sida auraient des retombées positives s'ils étaient offerts par des autochtones et cela en raison des différences culturelles, sociales et linguistiques.

La documentation abonde dans le même sens que cette hypothèse, du moins en ce qui concerne les minorités ethniques des États-Unis. Elle indique que, en raison de la crainte ou de la méfiance fondamentale à l'égard des grands établissements et des importants organismes officiels, les minorités ethniques sont moins susceptibles que le reste de la population anglophone d'avoir recours aux organismes de lutte contre le sida et aux fournisseurs de services.

Une entrevue accordée par un médecin qui possède de nombreuses années d'expérience et qui exerce la médecine dans le Nord a permis de constater que de nombreux autochtones se souviennent dans le détail des répercussions de la tuberculose dans leur communauté. Selon ce médecin, les membres de leur famille étaient alors amenés vers le Sud, et on n'entendait plus jamais parler d'eux.

Cette crainte et cette méfiance à l'égard des professionnels de la santé complique la mise en application des programmes de lutte contre le sida.

Enfin, les réponses de certains fournisseurs de soins de santé ont mis en évidence une attitude négative face aux messages de prévention du sida adressés aux autochtones. Cette attitude se traduit, par example, par le fait que des ateliers sur le sida, sont annoncés et organisés dans les communautés autochtones, sans qu'aucun membre de la communauté n'y assiste. Les fournisseurs de soins de santé ont conclu que les autochtones n'étaient tout simplement pas intéressés. Cependant, lorsque ce problème a été soulevé en octobre 1989 au cours d'une discussion ouverte avec les participants d'ateliers sur le sida organisés au cours de l'assemblée nationale de l'Association des femmes autochtones, les femmes ont indiqué que ce genre d'activités n'est généralement pas pertinent en raison du ton condescendant et prêchi-prêcha de certains fournisseurs de soins de santé losqu'ils présentent leurs exposés dans les communautés locales. Idéalement, ce sont les autochtones qui devraient communiquer ce message, mais dans l'intervalle les fournisseurs de soins de santé non autochtones devraient suivre des séances de formation sur l'éducation pour la prévention du sida, où l'accent serait mis sur les différences culturelles et les techniques de communication du message.

Conclusion

Les organismes non autochtones de lutte contre le sida ont transmis des messages d'éducation et de prévention du sida aux autochtones et ils continueront à le faire. Cependant, les organismes autochtones aimeraient que des personnes-ressources de leur groupe culturel reçoivent de ces groupes une formation qui leur permettrait de travailler directement auprès des leurs à la lutte contre le sida. Puisque les organismes non autochtones de lutte contre le sida estiment que les autochtones sont ceux qui sont les mieux placés de par leur culture et leur langue pour communiquer efficacement les messages à leur population, ils se sont dit intéressés à former des personnes-ressources autochtones.

Certaines infirmières de la santé publique ont sensibilisé le public au fait qu'il faut endiguer la propagation du sida dans les communautés autochtones. La plupart sentent qu'un counseling individuel constitue la façon la plus efficace de communiquer le message.

La majorité des répondants ont fait remarquer qu'ils croyaient que les autochtones devraient eux-mêmes finir par communiquer le message de prévention, mais que, dans l'intervalle, les fournisseursde soins de santé devraient recevoir une formation qui les aiderait à s'acquitter de cette tâche en tenant davantage compte de la culture autochtone.

Question 2.4 : Quels types d'activités/de programmes ont la plus grande incidence sur la communauté autochtone?

Constatations :

Objectifs des programmes d'éducation en matière de sida

Selon la documentation, un programme ou une activité visant à endiguer la propagation du VIH doit avoir pour but ultime une modification soutenue du comportement.

Simon Read, administrateur du conseil de santé des Nuu-Chah-Nulth de la Colombie-Britannique, a exprimé le commentaire suivant :

> Les changements fondamentaux à apporter aux attitudes et aux activités pour parvenir à enrayer la propagation du sida sont les mêmes que ceux qui régleront nombre d'autres problèmes de santé parmi les Nuu-Chah-Nulth. Manifestement, d'autres maladies transmises sexuellement se propagent pratiquement de la même façon. Toutefois, les principales causes du mode de vie risqué de ce peuple ont des racines beaucoup plus profondes. Elles sont nées de l'éclatement des systèmes de valeurs traditionnels dans le cadre desquels étaient définis les rôles et les responsabilités de chaque membre de la famille et de la communauté. Elles découlent également d'un manque d'estime de soi et de l'hostilité que leur manifeste la société en général. Elles découlent d'antécédents personnels et familiaux qui comprennent l'abus d'alcool, et la violence physique et sexuelle. Souvent, elles tiennent à une dépendance refoulée, à la victimisation et à une incapacité de se prendre en charge ou de se tourner vers autrui pour obtenir de l'aide.
>
> La prévention du sida chez les Nuu-Chah-Nulth et, par ricochet, chez d'autres communautés autochtones doit se faire dans le cadre d'une stratégie globale de promotion de la santé communautaire. Cela suppose à la fois l'éducation et la prévention en matière de sida de même que l'inculcation du respect de soi pour ainsi favoriser une application des connaissances acquises.[42]

---

[42]Simon Read, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-Chan-Nulth Health Board, Port Alberni, (C.-B.), juillet 1989.

Pour que le comportement change, il faut proposer des solutions de rechange intéressantes. Glen Murray, du Village Clinic de Winnipeg, a expliqué ce concept au Comité national mixte :

> Le changement proposé doit être satisfaisant sur le plan social et s'intégrer aux valeurs de la communauté tout en procurant une satisfaction sexuelle. Personne ne passera d'un comportement satisfaisant à un comportement qui ne procure aucune satisfaction.
>
> La solution de rechange doit être approuvée par les pairs ou par la communauté. Si la communauté ne peut fournir son appui, son aval, ni participer à la solution proposée et qu'elle ne considère pas cette dernière comme étant agréable, positive et attrayante, aucun changement de comportement ne surviendra.[43]

Dans de nombreux cas, le mode de vie très risqué adopté actuellement par les autochtones est le seul mode de vie qu'ils aient jamais connu. On ne leur a jamais proposé de solutions de rechange et, par conséquent, ils en ignorent les avantages virtuels.

La National Aboriginal Communications Society, en collaboration avec le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, a entrepris en 1988 une campagne médiatique en pour susciter l'intérêt par rapport aux questions de dépendance et présenter, de façon réaliste, d'autres modes de vie aux autochtones. Le projet avait pour objectifs : «de promouvoir un mode de vie libre de toute toxicomanie, de démontrer qu'un tel mode de vie est la norme, d'inciter les pairs à accepter de tels modes de vie et de promouvoir la participation aux activités de prévention communautaires et régionales».

Un examen du projet a révélé que même s'il a été difficile de juger dans quelle mesure le comportement était modifié, la campagne a généré des résultats positifs : les gens ont compris le message et s'en sont rappelé.

Glen Murray, du Village Clinic, a soulevé le point suivant :

> Si les personnes de votre groupe ne sentent pas que leur comportement pourrait être une cause de maladie, elles ne modifieront pas leur comportement. Toutefois, la sensibilisation se révèle difficile en raison de l'invisibilité du sida.

---

[43] Glen Murray, Communication au Comité national mixte sur l'education des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (procès-verbal).

> Les personnes visées doivent être convaincues du fait que les changements proposés sont possibles et faisables.
>
> Elles doivent être fondamentalement convaincues qu'une modification du comportement peut réduire notablement, voire même éliminer, le risque de contracter la maladie...
>
> Il importe de laisser aux communautés les plus atteintes le soin de définir la maladie. Ces dernières doivent avoir la mainmise sur les questions à l'étude, connaître la teneur du message véhiculé ainsi que la façon dont la communauté peut concevoir sa propre stratégie de survie. Elles doivent identifier le type de modification de comportement requis et déterminer ce qui est réaliste de demander. Elles doivent identifier leurs appuis traditionnels et culturels de même que leurs croyances en ce qui concerne la vie et la sexualité humaines.
>
> Toute stratégie de prévention qui ne se fondera pas sur les croyances et les traditions propres à une communauté sera vaine. Tout programme d'éducation doit réussir une épreuve décisive, c'est-à-dire être en mesure de promouvoir un changement de comportement soutenu. À l'heure actuelle, c'est cet aspect qui semble manquer dans les programmes d'éducation offerts au Canada.[44]

L'une des principales difficultés à surmontre lorsqu'on veut véhiculer un bon message de prévention en matière de sida est de rejoindre le segment de la population qui est le plus susceptible de contracter la maladie.

Selon Simon Read :

> ... il n'est pas évident que les personnes qui présentent le risque le plus élevé reçoivent suffisamment d'information. Le processus se révèle compliqué, du fait que les personnes intéressées sont les moins susceptibles d'assister aux séances publiques d'information ou de lire les brochures. Les jeunes sont souvent rebelles et considèrent que l'information présentée ne constitue qu'un moyen d'effrayer les gens ou encore , croient que «cela ne leur arrivera jamais». Depuis plus d'un an, le conseil de santé Nuu-Chah-Nulth met tout en oeuvre pour produire une vidéocassette spécialement conçue à l'intention des jeunes autochtones. Nous croyons qu'il

---

[44] Glen Murray, Communication au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (procès-verbal).

s'agit de la façon la plus efficace de rejoindre ceux qui doivent être informés, car pratiquement tout le monde regarde la télévision. Nous pouvons également présenter un tel programme par le truchement de la télévision communautaire dans plusieurs de nos communautés.[45]

Un groupe de médecins de la faculté de médecine de l'University of Manitoba a résumé comme leurs opinions quant aux stratégies de sensibilisation à la prévention du sida chez les autochtones :

> Pour mettre au point des programmes efficaces de prévention du sida, il faudrait évaluer de façon objective le taux actuel de séropositivité et de comportements risqués au sein des communautés autochtones en recourant pour ce faire à une expertise externe. Ce serait facile à obtenir. Les programmes eux-mêmes doivent être mis au point et présentés par des membres de la communauté autochtone. On devrait prévoir une évaluation de ces programmes dès le départ. De plus, les programmes qui n'atteignent pas les objectifs fixés devraient être remplacés. Les autochtones devraient apprendre comment faire ces évaluations. Il ne faut pas hésiter à s'inspirer de l'expérience internationale pour profiter des idées nouvelles. On devrait en outre solliciter la participation d'artistes autochtones et de spécialistes de la culture autochtone.
>
> Le fait de déployer des efforts de prévention importants pourrait permettre d'enrayer la propagation du sida au sein de la communauté autochtone. Toutefois, ces efforts devront être extrêmement efficaces et devront donner lieu à une modification réelle du comportement sexuel. Nous espérons que tel sera le cas pour les programmes recommandés par le comité.[46]

Comme l'a notamment précisé Glen Murray, le but ultime des activités d'éducation pour la prévention du sida devrait être une modification soutenue du comportement. On peut raisonnablement présumer que les autochtones tenteront de modifier leurs comportements risqués lorsqu'ils connaîtront les résultats potentiellement mortels de ces derniers. Toutefois, lorsqu'on met au point un programme qui favorise

---

[45] Simon Read, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-Chah-Nulth Health Board, Port Alberni (C.-B.), juillet 1989.

[46] Dr Michael Moffatt, et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal Communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeg (Manitoba) 4 août 1989.

une modification soutenue du comportement, il importe de considérer les causes de ce comportement.

Aucune des recherches consultées n'avait pour objet la sexualité des autochtones; on sait seulement que le taux de MTS est beaucoup plus élevé chez ces derniers que chez tout autre groupe au Canada. On n'a pas étudié les causes profondes de la violence sexuelle et du comportement déviant lié à la consommation d'alcool, mais il existe des statistiques qui font état de la prévalence de ces comportements dans les communautés autochtones.

Aucun des documents consultés ne faisait état des répercussions sociales, politiques et économiques des comportements risqués au sein de la communauté autochtone.

Activités susceptibles d'avoir une incidence importante

Les personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage ont décrit les activités liées à l'éducation et à la prévention en du sida qui, selon elles, pourraient avoir une incidence marquée sur la communauté autochtone.

Voici les grandes lignes de leurs commentaires :

Démontrer toute la menace réelle que représente le sida pour les autochtones par le truchement de conférences et de vidéocassettes mettant en vedette des autochtones atteints du sida.

Organiser des discussions et des débats annoncés par les médias de manière à rejoindre la population autochtone (CBC Radio-North). Favoriser, au besoin, l'emploi de la langue des autochtones.

Produire des vidéos de dessins animés conçus spécialement pour les autochtones et les présenter dans les écoles.

Établir un parallèle entre le sida et d'autres maladies qui ont décimé la population autochtone.

Offrir sur une base continue des séances d'information traitant de divers thèmes mettant l'accent sur la prévention du sida.

Organiser une exposition itinérante sur le sida dans le cadre de laquelle on offrirait des tests de dépistage du VIH, des condoms et de la documentation sur le sida.

Donner une formation exhaustive en matière de prévention du sida aux représentants en santé communautaire et aux autres fournisseurs de services.

Assurer un accès facile à un service de counseling individuel.

Monter une pièce de théâtre sur le sida.

Bien informer les dirigeants autochtones sur le sida.
Produire des brochures traitant de la prévention du sida en langues autochtones.

Solliciter la participation de l'Église en lui demandant de livrer des messages significatifs concernant le sida.

Former des autochtones en matière de prévention du sida, particulièrement les travailleurs sociaux qui interviennent auprès des jeunes autochtones.

Inclure des cours de sensibilisation au sida dans les programmes scolaires de niveau élémentaire.

Veiller à ce que les autochtones incarcérés puissent avoir accès à des condoms et à des seringues propres.

Inclure des notions sur la prévention du sida dans les programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues.

Adresser le message de sensibilisation à la prévention du sida à des segments spécifiques de la communauté autochtone, c'est-à-dire aux gens d'affaires, aux dirigeants politiques, aux enseignants, aux fournisseurs de services, etc.

Organiser un réseau officieux d'information et de services pour la communauté.

Organiser des séances d'information qui seraient offertes sur une base répétée et permanente à l'intention des communautés autochtones.

Illustrer l'effet du sida sur une famille autochtone.

Faire participer les aînés aux discussions portant sur la sexualité.

Offrir les services de conseillers en matière de sida ou de MTS qui pourraient se rendre à domicile sur demande.

Organiser une conférence portant sur le sida.

Permettre aux adolescents de recevoir des services de counseling de leurs pairs.

Proposer par le truchement d'un vidéo des modes de vie moins risqués.

Promouvoir la sensibilisation au sida en milieu de travail.

Selon la plupart des personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage, l'activité qui aurait l'incidence la plus importante sur la communauté autochtone serait le témoignage d'autochtones atteints du sida. On a également mentionné que la présentation de vidéos et de films mettant en vedette des autochtones atteints du sida aurait aussi de bons effets.

L'entraide et la discussion ouverte entre pairs apparaissaient comme des façons efficaces de véhiculer le message de prévention du sida chez les jeunes autochtones.

On a recommandé que les fournisseurs de services reçoivent une formation spéciale qui les aiderait à livrer un message encore plus efficace.

L'utilisation de vidéos traitant du sida et mettant en vedette des autochtones a été considéré comme un moyen efficace de rejoindre divers publics dont les familles, les jeunes, les groupes qui présentent un risque élevé, les preneurs de décisions et les fournisseurs de services.

Nombre de répondants ont laissé entendre que les messages de prévention du sida devraient être diffusés, lorsqu'il y a lieu, dans la langue autochtone de la communauté.

Conclusion

Pour que les activités liées à la sensibilisation à la prévention du sida aient la plus grande incidence possible sur la communauté autochtone, elles doivent viser à modifier le comportement et certains modes de vie. Elles doivent chercher à donner lieu à une modification soutenue du comportement, tout en mettant en évidence les répercussions possibles des comportements à risque des autochtones.

Bien que les autochtones soient les personnes les mieux placées pour livrer le message de prévention du sida à leur peuple, le message ne pourra être efficace que si une formation et des ressources leur sont fournies. Les messages de prévention du sida susceptibles d'avoir la plus importante incidence sont ceux qui soulignent la menace que représente l'infection à VIH pour les communautés autochtones par le truchement de témoignages personnels.

Question 2.5 : Les autochtones participent-ils actuellement à des programmes de sensibilisation à la prévention du sida qui s'adressent à des non-autochtones?

Constatations :

Tel qu'indiqué à la Section 2.3 et au Tableau 1 (Annexes), les autochtones participent à des programmes de sensibilisation à la prévention du sida qui s'adressent à un clientèle non autochtone. Toutefois, les personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage ont fait valoir, qu'en raison des différences culturelles et linguistiques, ce sont les autochtones qui sont les mieux placés pour véhiculer auprès de leur peuple le message de sensibilisation à la prévention du sida.

Les organismes non autochtones qui s'intéressent au sida ont indiqué qu'ils seraient intéressés à offrir une formation à des personnes-ressources autochtones et des organismes autochtones ont entrepris des pourparlers avec ces groupes afin de voir quelle serait la meilleure façon d'offrir cette formation.

La correspondance reçue a révélé que certains autochtones avaient cherché conseils et informations en matière de sida auprès d'organismes d'hommes et de femmes homosexuels non autochtones, mais on ne possède pas de statistiques quant au nombre de personnes qui ont eu recours à ces services.

Le programme d'échange de seringues dirigé par le Downtown Eastside Youth Activities Society (DEYAS) de Vancouver, en Colombie-Britannique, a confirmé que 40 % de la clientèle de ces services sont des autochtones.

Conclusion

Les autochtones participent actuellement à des programmes de sensibilisation à la prévention du sida qui s'adressent à des non autochtones. Bien qu'on ne possède aucune statistique à ce sujet, on peut présumer que lorsqu'aucune autre ressource n'est disponible, les autochtones ont recours à celles qui sont en place.

Question 2.6 : Quelles mesures devraient prendre les Premières Nations, les organismes autochtones et les autorités fédérales et provinciales en ce qui concerne la sensibilisation des autochtones à la prévention du sida?

Constatations :

Le gouvernement fédéral

1. Assurer la coordination et la prestation de ressources à l'appui des activités, projets et programmes de sensibilisation à la prévention du sida chez les autochtones :

   Pour sensibiliser les autochtones à la prévention du sida, le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire du Centre fédéral sur le sida (Santé et Bien-être social Canada), a d'abord créé le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, qu'il a chargé d'élaborer une stratégie nationale. A partir de cette stratégie, le Centre fédéral sur le sida pourra déterminer quelles activités de sensibilisation à la prévention du sida s'adressant spécifiquement aux autochtones il devrait financer. En fait, la stratégie nationale devrait permettre de faire l'utilisation la plus judicieuse possible des ressources limitées disponibles.

   Dans les provinces qui allouent des crédits à la prévention du sida, le Centre fédéral sur le sida devrait assurer la coordination des ressources nécessaires à l'appui des programmes s'adressant spécifiquement aux autochtones.

   Il ressort clairement de la recherche que les organismes autochtones devraient livrer eux-mêmes les messages de sensibilisation à la prévention du sida aux autochtones. Il en ressort également que les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux autochtones sont actuellement débordés de travail. Les ressources dont ces derniers disposent sont «exploitées au maximum» et il faut consacrer trop de temps pour s'occuper des formalités administratives visant à obtenir des ressources additionnelles. On s'attend donc à ce que le Centre fédéral sur le sida veille à ce que les ressources consacrées aux activités de prévention du sida soient facilement accessibles, tout en tenant compte des limites financières du programme.

   Dans le cadre de l'assemblée annuelle de l'Association nationale des centres d'amitié tenue en juillet 1989, il a été proposé que le gouvernement fédéral facilite la participation du Canada à une conférence internationale sur

le sida et les autochtones. Le texte de la résolution est le suivant :

DIX-HUITIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ANCA
6 AU 9 JUILLET 1989
KELOWNA (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

RÉSOLUTION N° 4

OBJET : Conférence internationale sur le sida et les autochtones

ATTENDU QUE le VIH et le sida constituent une menace grave pour la santé et l'évolution de nos communautés;

ATTENDU QUE l'ANCA est désireuse d'appuyer les mesures visant à sensibiliser nos communautés quant aux façons de prévenir la propagation du VIH; et

ATTENDU QUE l'Organisation mondiale de la santé et le Centre fédéral sur le sida se sont montrés intéressés à parrainer une conférence internationale portant sur le sida et les autochtones à laquelle participeraient des représentants des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Canada et d'autres pays;

IL EST RÉSOLU QUE l'ANCA consent à agir à titre d'hôte de la conférence internationale sur le sida et les autochtones et que la participation de l'ensemble des centres d'amitié sera encouragée et facilitée.

2. Aider les communautés autochtones à élaborer, à présenter et à évaluer des programmes, des projets et des activités liés à la sensibilisation à la prévention du sida :

Le Centre fédéral sur le sida a aidé les communautés et organismes autochtones à communiquer avec des universités et des professionnels pour solliciter leur collaboration au niveau de la conception de programmes sur le sida. De nombreux organismes et communautés autochtones ont besoin d'une telle assistance pour créer un programme de sensibilisation à la prévention du sida qui, en plus de satisfaire les besoins d'information de la communauté, permet de vérifier la mesure dans laquelle le programme favorise des modifications du comportement.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien doit contribuer à l'allocation des ressources nécessaires pour mettre sur pied des programmes de sensibilisation à la prévention du sida dans les écoles qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral.

3. Présenter le message de sensibilisation à la prévention du sida aux communautés autochtones :

   Le gouvernement fédéral, par le truchement de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada, dispense des soins de santé aux Amérindiens et aux Inuit. La façon dont le personnel des Services médicaux présentation du message de sensibilisation à la prévention du sida aux communautés éloignées et isolées peut faire toute la différence. Il fait donc que le personnel des Services médicaux soit sensibilisé aux besoins uniques des communautés à qui il doit s'adresser et qu'il adapte en conséquence les activités de prévention du sida. La participation de personnes bien en vue et respectées dans la région et au sein des groupes visés est essentielle pour que le message passe bien.

   Santé et Bien-être social Canada coordonne et finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA). Les personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage ont exprimé l'opinion que les centres du PNLAADA devraient compter ajouter à leur champ de compétences la sensibilisation des autochtones à la prévention du sida. On devrait également inclure le sujet du sida dans le cadre des séances de counseling individualisées, d'ateliers, de séances d'information organisées dans les écoles et dans la documentation écrite. Elles ont aussi recommandé que des programmes spéciaux de formation en matière de prévention du sida soient offerts aux intervenants du PNLAADA.

4. Veiller à ce que le comité consultatif fédéral/provincial/territorial ne perds pas de vue les questions concernant les autochtones.

   Il est évident que les besoins de la population autochtone ne sont pas les mêmes que ceux de la société canadienne en général en ce qui a trait à la réception des messages de prévention du sida. Le gouvernement fédéral doit donc informer le groupe consultatif de ces questions de façon à ce que la stratégie nationale canadienne réponde besoins de <u>tous</u> les éléments de notre population.

5. Participer aux discussions courantes avec les groupes autochtones.

   Dans le cadre d'une entrevue non structurée, un représentant d'un organisme national autochtone a recommandé que le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida soit investi d'un nouveau mandat et que ce comité continue d'exister au moins un an après que

la stratégie nationale aura été lancée afin d'en contrôler les progrès et l'efficacité.

L'Association des femmes autochtones du Canada [8] recommandé ce qui suit au titre de la résolution no 28 d'octobre 1989 :

ET IL EST ÉGALEMENT RÉSOLU QU'UN comité composé d'autochtones soit constitué pour contrôler l'efficacité de la stratégie et pour recommander des modifications à y apporter;

Les organismes autochtones se sont montrés préoccupés par la décision du gouvernement fédéral de déléguer aux Premières Nations la responsabilité des services médicaux.

Étant donné que les répercussions financières liées à la prestation de soins aux autochtones atteints du sida n'ont pas été évaluées et qu'aucun crédit n'a encore été octroyé pour défrayer les coûts liés aux soins de santé mentale (comme ceux que suppose la démence du sida), les organismes autochtones manifestent une certaine réticence à accepter la responsabilité des services médicaux aux termes de la formule de financement actuellement en vigueur.

Dans sa résolution n° 28, l'Association des femmes autochtones du Canada, a recommandé ce qui suit :

ET IL EST FINALEMENT RÉSOLU QUE, avant que la prestation des services médicaux ne relève des Premières Nations, des ressources financières permettant de défrayer les coûts additionnels liés aux soins de la santé associés au sida et à la santé mentale soient allouées.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

1. Coordonner et offrir des ressources visant à appuyer les programmes, les projets et les activités liés à la sensibilisation des autochtones à la prévention du sida.

   Les gouvernements des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon, de l'Ontario, du Manitoba et de la Colombie-Britannique ont contribué aux programmes d'éducation la prévention du sida chez les autochtones en fournissant un appui financier direct aux organismes autochtones qui offrent les programmes (par exemple, le ministère de la Santé de l'Ontario subventionne le programme de prévention du sida de l'Union des Indiens de l'Ontario), en concevant et en présentant des messages de prévention du sida adressés spécifiquement aux autochtones, comme c'est le cas en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest. Puisque les questions de santé relatives aux Amérindiens et aux Inuit relèvent de la compétence du gouvernement fédéral, certains répondants

ont exprimé l'avis que les provinces ne se sont pas pressées pour répondre aux besoins des communautés autochtones. Toutefois, certains groupes et certaines communautés autochtones ne relevant pas de la compétence du gouvernement fédéral, y compris certains organismes autochtones implantés en milieu urbain et des organismes dispensant des services sociaux, ont reçu des subventions provinciales qui seront consacrées aux programmes où les travailleurs sociaux interviennent directement dans la rue, aux services de counseling et aux réseaux d'aiguillage.

Une autre personne a fait remarquer que l'appui soutenu des gouvernements provinciaux et territoriaux est nécessaire et qu'il y aurait lieu de favoriser une intervention rapide dans les cas où on ne dispose ni de ressources financières ni de politiques pour définir le rôle des gouvernements provinciaux/territoriaux dans l'élaboration de programmes d'éducation des autochtones à la prévention du sida.

2. Aider les communautés autochtones à élaborer, à présenter et à évaluer les programmes, projets et activités de sensibilisation à la prévention du sida.

   Les gouvernements provinciaux/territoriaux peuvent aider les organismes, groupes et communautés autochtones à élaborer des programmes efficaces de prévention du sida. L'expertise médicale et scientifique à laquelle ils ont accès pourrait se révéler profitable aux groupes autochtones qui sont appelés à élaborer des programmes devant satisfaire des besoins bien précis.

3. Veiller à ce que le comité consultatif fédéral/provincial/territorial ne perde pas de vue les questions relatives aux autochtones : les besoins des communautés autochtones en ce qui a trait à l'éducation pour la prévention du sida dans les diverses provinces et les divers territoires devraient être signalés à l'échelon national de façon continue par l'intermédiaire de représentants provinciaux/territoriaux ou par d'autres mécanismes.

4. Participer régulièrement à des discussions avec les groupes autochtones : toutes les provinces et tous les territoires devraient élaborer des mécanismes favorisant les discussions continues avec les groupes autochtones en ce qui concerne l'efficacité des programmes d'éducation pour la prévention du sida ainsi que des mécanismes permettant de répondre aux besoins non satisfaits.

Organismes autochtones

1. Aider les communautés autochtones à trouver les ressources requises pour concevoir, administrer et évaluer les programmes d'éducation pour la prévention du sida : les organismes autochtones nationaux qui font partie du Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida ont pris une première mesure afin d'aider les communautés qu'ils représentent.

   L'Association des femmes autochtones du Canada a organisé un atelier de deux jours sur le sida dans le cadre de son assemblée nationale d'octobre 1989, où les résolutions suivantes ont été adoptées :

   RÉSOLUTION N° 28 **JILLEN JULIAN, EST DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE/GRACE ZOLDY, SUD DU MANITOBA**

   ATTENDU QUE le sida constitue pour nous une préoccupation principale; et

   ATTENDU QUE cette question ne reçoit pas une attention suffisante;

   IL EST RÉSOLU QUE l'Association des femmes autochtones du Canada fera des pressions auprès du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour que ce dernier inscrive le sida au rang des priorités et qu'il fasse appel à des autochtones pour présenter le message;

   IL EST ÉGALEMENT RÉSOLU QUE l'Association des femmes autochtones du Canada exercera des pressions auprès des Premières Nations qui assurent leur propre gouverne afin qu'elles considèrent le sida comme une priorité et qu'elles fassent appel à des autochtones pour véhiculer le message;

   ET IL EST ÉGALEMENT RÉSOLU QUE Santé et Bien-être social Canada préparera du matériel de formation sur la prévention du sida à l'intention des formateurs et(ou) des fournisseurs de services; ce matériel sera offert à nos communautés et financé par le Ministère; et

   IL EST ÉGALEMENT RÉSOLU QU'une conférence internationale sur le sida et les autochtones sera organisée; et

   IL EST ÉGALEMENT RÉSOLU QUE seront distribués sur une vaste échelle :

   1) la stratégie nationale; et

2) les documents de base de la recherche.

ET IL EST ÉGALEMENT RÉSOLU QU'un comité d'autochtones sera créé pour exercer un contrôle de l'efficacité de la stratégie et recommander des modifications à apporter à celle-ci;

ET IL EST FINALEMENT RÉSOLU QUE, avant que la responsabilité des services médicaux ne soit déléguée aux Premières Nations, des ressources soient allouées pour défrayer les coûts supplémentaires nécessaires pour dispenser les soins de santé associés au sida et à la santé mentale.

ADOPTÉ PAR CONSENSUS

L'Association nationale des centres d'amitié, en collaboration avec trois autres groupes récemment formés, a nommé un représentant national chargé de faire valoir les besoins des autochtones quant à la sensibilisation et la prévention en matière de sida.

Les organismes autochtones ont un rôle à jouer auprès du comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida, soit à titre de participants ou par le truchement, d'autres mécanismes efficaces, pour ainsi s'assurer que des ressources suffisantes soient allouées aux projets s'adressant aux autochtones.

2. Prestation des programmes de sensibilisation à la prévention du sida

Des répondants ont fait remarquer que c'est aux organismes autochtones que revient la responsabilité de veiller à ce que le personnel des programmes soit bien formé et bien renseigné de façon à ce que la population à qui d'adressent les programmes reçoive des renseignements exacts et pertinents.

Comme on peut le voir en détail au tableau 2, la majorité des personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage croyaient que les autochtones devraient administrer les programmes de sensibilisation à la prévention du sida qui s'adressent spécifiquement aux autochtones. Ce sont les organismes autochtones qui devront veiller à la qualité des programmes et de la formation du personnel. L'établissement de réseaux de soutien du personnel et le partage des ressources pourraient exiger une certaine coordination de la part des organismes autochtones.

3. Contrôler l'efficacité des programmes de sensibilisation à la prévention du sida.

Certaines des personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage ont indiqué que les organismes autochtones devraient prendre l'initiative et reconnaître que l'infection à VIH représente une grave menace pour la population autochtone et ce, en inscrivant la sensibilisation à la prévention du sida au rang de leurs priorités. Un des répondants a laissé entendre qu'une brève discussion sur le sida, y compris la présentation de nouvelles initiatives de prévention de la propagation du sida ainsi qu'une mise à jour quant au nombre de cas de sida signalés au sein de la population autochtone, devrait figurer à l'ordre du jour de chaque assemblée, quel qu'en soit le thème.

L'ANCA a mis sur pied un processus de contrôle qui ressemble à celui précédement décrit. A chaque réunion, des représentants du Conseil font rapport des activités de prévention du sida et identifient les besoins additionnels.

En réponse à l'invitation à présenter des communications, des médecins de la faculté de médecine de l'University of Manitoba ont soulevé le point suivant :

Nombre de programmes de counseling sont inefficaces et constituent un gaspillage de fonds. Les dirigeants autochtones devraient veiller à ce que chaque programme mis en oeuvre soit évalué, à ce que les programmes inefficaces soient abolis et à ce que les sommes qui y étaient consacrées soient affectées à d'autres projets. Ils doivent s'assurer que ces étapes sont effectuées par des autochtones, à défaut de quoi ils devraient faire appel aux services d'universités et d'autres personnes-ressources. On devrait demander à ces ressources d'effectuer les évaluations initiales, mais aussi de former des autochtones de façon à ce qu'ils deviennent aptes à se charger eux-mêmes des évaluations[47].

4. Jouer un rôle exemplaire en matière prévention du sida au sein des communautés autochtones.

Les organismes autochtones distribuent des condoms et organisent des programmes d'échange de seringues à l'intention de la communauté qu'ils servent.

---

[47] D[r] Michael Moffatt, et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal Communities, faculté de médecine, Winnipeg (Manitoba), 4 août 1989.

Certains organismes se sont montrés intéressés à organiser des études sur les connaissances, les attitudes et le comportement et proposent de parrainer des campagnes d'envergure nationale.

Enfin, les organismes autochtones se rendent compte du fait que le sida constitue une menace grave pour les communautés autochtones; leur préoccupation et leur compréhension se manifestent par des discussions ouvertes et par la promotion d'activités de prévention.

Premières Nations

Il est ressorti d'entrevues menées auprès de personnes-ressources clés et d'autres intervenants qu'il incombe aux Premières Nations de mettre sur pied des programmes d'éducation pour la prévention du sida en suscitant l'intérêt de la communauté et en déterminant quels messages sont acceptables et auront une bonne incidence sur leur communautés.

Les preneur de décissions et les fournisseurs de soins de santé ont un rôle de premièr plan à jouer en ce qui concerne la mise sur pied, l'élaboration et l'administration de programmes d'éducation pour la prévention du sida.

Les ressources et l'expertise nécessaires, seront fournies aux communautés des Premières Nations afin qu'elles puissent évaluer les résultats de leurs efforts.

Conclusion :

Selon certains répondants, le fait que la population autochtone reconnaisse que l'infection à VIH constitue une menace pour elle représente la première étape, et l'étape la plus importante, de l'élaboration et de l'administration de programmes d'éducation à la prévention du sida. Les étapes ultérieures dépendront de l'engagement de tous les niveaux de gouvernement, y compris les gouvernements autochtones.

La recherche, à la fois primaire et secondaire, a permis de cerner avec précision les rôles et les responsabilités incombant aux divers niveaux de gouvernement.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer en ce qui concerne la coordination et l'allocation des ressources nécessaires pour les programmes de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida, l'aide à apporter aux communautés autochtones aux niveaux la conception, l'administration et l'évaluation des programmes, la présentation de messages de prévention s'adressant spécifiquement aux communautés autochtones, l'assurance que les questions qui préoccupent particulièrement la population

autochtone sont prises en considération par le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida et la participation à des discussions continues avec les groupes autochtones, de façon à ce que soient identifiés les besoins et les préoccupations additionnels.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont un rôle similaire à remplir concernant la satisfaction des besoins des autochtones en matière de sensibilisation à la prévention du sida. Il est essentiel d'identifier les compétences appropriées et de les offrir aux communautés autochtones qui se préparent à mettre oeuvre des programmes de sensibilisation à la prévention du sida. Il incombe aux provinces et aux territoires de saisir le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida des questions qui présentent un intérêt particulier pour les groupes et les communautés autochtones de leur territoire; en l'absence d'un tel comité, il faut établir des mécanismes de communication continus avec les groupes autochtones qui oeuvrent au niveau de la sensibilisation à la prévention du sida.

Les organismes autochtones ont un rôle essentiel à jouer : ils doivent aider les communautés autochtones à avoir accès aux ressources et à l'expertise nécessaires à l'appui des mesures de sensibilisation à la prévention du sida. Outre le fait d'aider les communautés autochtones par le truchement de projets de formation des personnes-ressources et de l'établissement de réseaux d'entraide, les organismes autochtones doivent contrôler l'efficacité de la stratégie nationale de sensibilisation des autochtones à la prévention du sida en conjuguant leurs efforts à ceux du gouvernement fédéral pour s'assurer que la stratégie est appliquée et qu'elle répond bien aux besoins de la population autochtone.

Les Premières Nations et les organismes autochtones doivent donner l'exemple et montrer qu'elles reconnaissent la menace réelle que représente le sida pour la communauté autochtone. Elles doivent également adopter de bonnes mesures de prévention et veiller à leur bonne application.

Question 2.7 : La sensibilisation à la prévention du sida occupe-t-elle une place importante au sein des communautés autochtones?

Constatations :

Certains groupes et organismes autochtones, particulièrement ceux chargés des services sociaux et des services de santé, ont mis sur pied des programmes de sensibilisation à la prévention du sida. Toutefois, les données laissent croire que le sida n'est pas considéré comme une priorité par de nombreuses communautés autochtones.

L'une des raisons pour lesquelles la prévention du sida n'occupe pas la place qui devrait lui revenir est le manque de connaissances concernant cette maladie et les idées fausses qui s'ensuivent. Simon Read, administrateur du conseil de santé Nuu-Chah-Nulth de la Colombie-Britannique, a soulevé le point suivant :

> Il y a trois ans, les communautés Nuu-Chah-Nulth ne se sentaient pas touchées par les questions liées au sida. Notre ordre de priorité en matière de santé reflétait deux mythes qui étaient fort répandus à l'époque. Premièrement, on associait surtout le sida aux hommes homosexuels et aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse qui vivaient dans les ghettos des grandes villes américaines. Deuxièmement, on croyait que l'incidence de comportements à risque était faible, voire nulle, dans la région.
>
> Vers la fin de 1987, soit presque au même moment où a été officiellement déclaré le premier cas de sida dans l'île de Vancouver, des rumeurs ont commencé à circuler au sein des communautés Nuu-Chah-Nulth. La première réaction a été la panique : la crainte d'une épidémie. C'est à partir de ce moment que le conseil de santé Nuu-Chah-Nulth a inclus le sida dans son programme de prévention en matière de santé, avec le but explicite de lever le voile sur le sida dans les communautés[48].

Lorsque la menace de sida semble imminente, les communautés autochtones peuvent réagir sous le coup de la peur. En raison d'un manque général de connaissances ou à cause des idées fausses, la réaction est souvent négative et mal orientée.

---

[48] Simon Read, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-chah-nulth Health Board, Port Alberni, (C.-B.), juillet 1989.

Les personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage ont indiqué que la croyance que le sida est une maladie qui frappe essentiellement les «homosexuels ou les toxicomanes» vivant dans les grands centres urbains est très répandue, ce qui explique des commentaires tels que «ça ne nous arrivera pas ici». Certains des répondants qui travaillent dans le milieu des soins de la santé ont indiqué que, même s'ils avaient organisé des séances d'information sur le sida à l'intention de la communauté, la participation avait été minimale. Toutefois, il est difficile de déterminer si la faible participation dénote un manque d'intérêt par rapport au sida, un manque d'intérêt par rapport aux questions relatives à la santé en général ou des problèmes associés à la présentation. De nombreux répondants ont fait remarquer que, lorsque le message était présenté de façon ouverte et franche par une personne connue de la communauté, l'auditoire faisait preuve d'un intérêt beaucoup plus grand.

En plus de faire les frais des idées fausses résultant d'un manque de connaissances au sujet de la maladie, de nombreuses communautés autochtones ne considèrent pas le sida comme une question prioritaire en raison des nombreux autres problèmes sociaux et de santé auxquels ils doivent quotidiennement faire face. Les communautés autochtones d'Australie partagent ce point de vue :

> Principales préoccupations des communautés
>
> En général, les communautés autochtones sont aux prises avec de nombreux problèmes d'ordre social et sanitaire, et l'infection à VIH constitue le problème le moins visible et le moins pressant. Aussi, bien que le sida inspire la crainte, il ne figure ni à l'ordre du jour de nombreuses communautés ni à celui des administrateurs d'organisme...
>
> Les problèmes fréquents que connaissent les autochtones et les insulaires aux plans de la santé et de la situation socio-économique ont des répercussions sur toute discussion portant sur les besoins des autochtones en matière de sensibilisation de prévention et de traitement par rapport à l'infection à VIH/au sida. On comprend donc pourquoi l'infection à VIH n'est pas une des grandes préoccupations principales des dirigeants des communautés -- ils ont en effet de nombreuses préoccupations, plus visibles et plus pressantes[49].

---

[49] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

Bien que les communautés autochtones puissent considérer le sida comme une menace «future», elles ne disposent pas de ressources humaines et financières suffisantes pour composer avec les problèmes quotidiens courants et, par conséquent, il n'est souvent ni pratique ni financièrement possible de mettre sur pied des programmes de prévention.

Les communautés noires et latino-américaines des États-Unis vivent la même situation :

> Un autre obstacle [à la prévention du sida] fréquemment mentionné est la perception qu'un groupe est déjà débordé par ses fonctions existantes. La plupart des organismes communautaires ne disposent ni de fonds adéquats ni de personnel suffisant. Aussi, le fait de s'attaquer à une question aussi compliquée et aussi controversée que le sida peut sembler au-dessus des forces d'un groupe. En outre, les territores que les groupes desservent sont également en butte à d'autres problèmes. «Cette population est tellement mal servie», déplore le directeur d'un organisme de santé mentale. «Il importe d'étendre les services aux membres de la communauté qui ne reçoivent aucun service social et qui en ont désespérément besoin. Et il importe de le faire avant même de demander aux gens de se préoccuper du sida. Le sida n'est rien de plus qu'un autre élément qui fait partie du grand ensemble de ce qui peut aller mal, ou de ce qui va effectivement mal»[50].

Les personnes qui ont répondu au questionnaire du sondage ont fréquemment imputé à la pénurie de personnel dûment formé, à la pénurie de renseignements pertinents et au manque de temps attribuable à la trop grande charge de travail les éléments qui font que les programmes de prévention du sida ne sont pas considérés comme prioritaires.

Par contre, certains organismes autochtones mettent actuellement au point des politiques et des programmes de prévention du sida. L'Anishnawbe Health of Toronto, en collaboration avec la ville de Toronto, a retenu les services d'un travailleur en santé communautaire d'origine autochtone pour qu'il fournisse des resignements sur la prévention du sida et qu'il distribue des condoms et de la documentation imprimée aux groupes autochtones de la ville. Ce programme a connu un tel succès que de nombreuses demandes ont été adressées au bureau de Toronto de la part des communautés autochtones environnantes, où aucun de ces services n'est offert. Nombre

---

[50] Freudenberg et coll., How Black and Latino Community Organizations Respond to the AIDS Epidemics: A case Study in One New York City Neighborhood, AIDS Education and Prevention, The Guilford Press, New-York, É.-U., 1989.

de centres de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ainsi que de groupes d'hommes et de femmes homosexuels autochtones considèrent la sensibilisation à pour la prévention du sida comme étant une priorité. En Ontario, l'Association of Iroquois and Allied Indians s'occupe de prévention du sida depuis plus d'un an et demi; elle a notamment participé aux activités du comité ontarien sur le sida qui a conçu des affiches et des brochures, a élaboré une étude sur les connaissances, les attitudes et le comportement dans le but de convaincre le Centre fédéral sur le sida d'allouer des fonds et monté une exposition itinérante.

A la demande de l'organisme national, l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres prévoit inclure des renseignements sur le sida à l'intention du public dans les trousses de formation des futurs travailleurs communautaires dans les communautés autochtones.

Les Premières Nations, représentées par l'organisme Manitoba Keewatinowi Okimakank Inc., ont étudié la résolution suivante au cours de leur assemblée annuelle, tenue en juin 1989 :

> **ATTENDU QUE** l'épidémie du sida constitue le problème de santé le plus grave auquel doivent faire face les autochtones; et
>
> **ATTENDU QUE** les dirigeants de MKO sont conscients de la gravité de l'épidémie du sida; et
>
> **ATTENDU QUE** le MKO appuie les points de vue et les opinions des bandes, membres des y compris les femmes et les enfants; et
>
> **ATTENDU QUE** l'épidémie du sida constitue l'une des principales préoccupations des dirigeants de MKO;
>
> **IL EST DONC DECIDE QUE** les dirigeants de MKO appuient l'établissement dans le Nord d'un centre de ressources sur le sida. Ce centre fournira des renseignements pertinents sur le sida[51].

En Colombie-Britannique, le Prince George Friendship Centre a manifesté son grand intérêt pour la prévention du sida en mettant sur pied un programme où les travailleurs sociaux distribuent des condoms, des seringues et des trousses de stérilisation aux jeunes autochtones de la rue.

---

[51] David Merasty, MKO Response to Call for Papers, Nelson House Indian Reserve, (Manitoba), 2 août 1989.

L'Association nationale des centres d'amitié a adopté en juillet 1989 une résolution selon laquelle une Conférence internationale sur le sida et les autochtones devrait être organisée. La conférence proposée ferait converger l'attention mondiale sur la menace que représente l'infection à VIH pour les populations autochtones du Canada, des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

Finalement, tous les organismes autochtones nationaux ont nommé des représentants au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida. Ce comité élaborera, en collaboration avec le Centre fédéral sur le sida, une stratégie nationale.

Conclusion :

Bien que, d'un façon générale, les citoyens autochtones ne considèrent pas la sensibilisation à la prévention du sida comme une priorité en raison d'un manque de connaissances, de l'existence de problèmes de santé et de problèmes sociaux plus visibles et plus pressants et d'un manque de ressources humaines et financières, les organismes autochtones, eux, considèrent le sida comme une menace pour la population qu'ils desservent (Centres d'amitié, Centres de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, les organismes d'hommes et de femmes homosexuels, les groupes de femmes et certains groupes politiques) et accordent de plus en plus d'attention aux programmes de sensibilisation à la prévention du sida.

Conclusion générale

Il ressort de la recherche qu'il faut organiser des activités de sensibilisation à la prévention du sida conçues spécifiquement pour les autochtones. Il ressort également que le message serait beaucoup plus efficace s'il était présenté par des personnes-ressources elles-mêmes autochtones.

Certains organismes autochtones, notamment les Centres d'amitié, les organismes de services sociaux et de services de santé de même que les Premières Nations, ont organisé des activités de prévention du sida grâce auxquelles ils ont réussi à sensibiliser leur clientèle à la menace que représente le VIH pour la population autochtone.

Les services offerts par les organismes généraux sur le sida peuvent être davantage exploités par les communautés autochtones. Ces dernières pourraient en effet y recourir pour la formation de leurs personnes-ressources.

Les travailleurs non autochtones de la santé dont la fonction est de véhiculer le message de prévention du sida pourraient bénificier d'une formation qui les sensibiliserait aux différences culturelles.

Les autorités fédérales, provinciales et territoriales ont un rôle essentiel à jouer au niveau de la sensibilisation à la prévention du sida. Elles doivent notamment coordonner et allouer des ressources, offrir des services, collaborer à la conception, l'exécution et l'évaluation de programmes, et s'assurer que les besoins et les préoccupations uniques des communautés autochtones sont identifiés et traités par l'instance gouvernementale compétente. C'est aux organismes autochtones qu'incombe la responsabilité d'agir de concert avec toutes les instances gouvernementales au nom de la population autochtone, d'établir des programmes de formation et des réseaux d'entraide pour les fournisseurs de services, et de contrôler le degré d'efficacité de la stratégie nationale. Les Premières Nations ont la responsabilité de mettre sur pied des mesures efficaces de prévention du sida dans leur communauté et d'en évaluer l'efficacité.

Le sida est considéré comme un problème prioritaire par les autochtones et les organismes qui les représentent lorsqu' ils sont au courant des données pertinentes et de la menace potentielle que représente le sida pour leur communauté.

De nombreuses communautés autochtones font face à des problèmes sociaux et à des problèmes de santé plus visibles, mais l'amélioration de leurs connaissances se traduira par une demande accrue de ressources humaines et financières visant à appuyer les activités de sensibilisation à la prévention du sida.

TROISIÈME PARTIE

QUESTIONS CONNEXES

- Dépistage du VIH
- Priorité de la recherche

DÉPISTAGE DU VIH

Dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Au cours de la recherche, et particulièrement durant les discussions et les rencontres non structurées avec divers groupes autochtones, la question relative au dépistage du VIH a été soulevée à maintes reprises. A la question de savoir qui devait subir le test de dépistage, on a eu droit à toutes les opinions, allant de «tout le monde doit faire l'objet d'un test de dépistage comme c'était le cas lors de l'épidémie de la tuberculose» jusqu'à «on doit respecter la vie privée de tous et, par conséquent, le test de dépistage ne devrait être administré qu'aux personnes qui acceptent de subir ce test».

Bon nombre de personnes estiment qu'on devrait soumettre certains groupes de travailleurs, par exemple les travailleurs de garderie, à un test avant de les embaucher. Ces opinions changent toutefois lorsqu'on comprend bien le mode de transmission du virus.

En réponse à la question «Pourquoi devrait-on administrer des tests de dépistage du VIH?», on relève les points de vue suivants dans la documentation :

Un point de vue canadien :

1. Pour prévenir les dons de sang, d'organes ou de sperme infectés;
2. pour aider à reconnaitre les maladies qui seraient attribuables au VIH ou confirmer leur association avec une infection par le VIH;
3. pour aider les gens à se protéger et à protéger autrui contre une infection par le VIH, notamment en préconisant des pratiques sexuelles non contaminantes;
4. pour aider à orienter les programmes de santé publique par la surveillance;
5. pour mieux comprendre l'infection par le VIH, les maladies qui peuvent en résulter ainsi que les moyens de dépister et de traiter l'infection par le VIH et les maladies qui en résultent.[52]

Selon la Commission présidentielle américaine :

> Plusieurs raisons motivent le recours à un test de dépistage de l'anticorps contre le VIH. Premièrement, ce test aide à poser rapidement un diagnostic clinique d'infection au VIH, ce qui devrait permettre d'établir immédiatement un lien solide entre une personne infectée et un fournisseur

---

[52] M.A. Somerville et N. Gilmore, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

de soins de santé primaires. Deuxièmement, on y utilise ce test dans les cas de dons de sang, d'organes, de lait maternel et de sperme afin de protéger les receveurs éventuels. Troisièmement, les résultats du test servent à déterminer l'incidence et la prévalence de l'affection, données essentielles pour contrôler l'épidémie. Quatrièmement, les résultats du test peuvent servir à instaurer un processus par lequel les partenaires sont mis en garde contre l'exposition au virus. Enfin, le test et le counseling constituent des composantes essentielles qui favorisent un changement de comportement chez une personne.[53]

Aux États-Unis, tout militaire est soumis au test de dépistage du VIH avant d'entrer en fonction. Les données recueillies à partir de ces tests ont révélé que l'infection à VIH prévaut chez les Amérindiens et que, dans certaines régions du pays, cette infection est plus répandue que dans d'autres :

Taux d'incidence de la séropositivité chez les militaires américains pour 1 000 personnes par groupe ethnique d'octobre 1985 à décembre 1988

Blancs	0,6
Noirs	3,7
Hispaniques	2,0
Indiens d'Amérique/d'Alaska	1,1
Asiatiques	0,5

Taux de d'incidence de la séropositivité chez les militaires américains de la Californie pour 1 000 personnes par groupe ethnique d'octobre 1985 à décembre 1988[54]

Blancs	0,1
Noirs	5,6
Hispaniques	0,9
Indiens d'Amérique/d'Alaska	4,4
Asiatiques	0,4

Des données relatives à toutes les personnes s'étant enrôlées dans les forces armées américaines au cours de la période de trois ans allant de 1985 à 1988 révèlent que les Amérindiens occupent le troisième rang quant au taux de prévalence de

---

[53] Watkins, Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, Washington, D.C., (É.-U.), 24 juin 1988.

[54] United States Department of Defense Seroprevalence Data, Centers for Disease Control, Atlanta, (Géorgie), 1989.

séropositivité. En ce qui concerne les données relatives aux habitants de Californie (où on trouve la population amérindienne la plus importante aux États-Unis) s'enrôlant dans les forces armées, on note que les Amérindiens occupent quant à ce taux le deuxième rang.

La Native American AIDS Prevention Organization s'est servi de ces données pour obtenir un accroissement des ressources aux fins de la mise en place de programmes de sensibilisation à la prévention du sida, et aussi pour convaincre les Amérindiens du fait qu'ils constituent une population à risque.

À la question «A qui devrait être administré le test de dépistage du VIH?», la documentation fournit la réponse suivante :

Position de l'Université McGill, 1988 :

Le dépistage volontaire des anticorps contre le VIH peut être indiqué pour :

1. les personnes qui, depuis 1978, ont reçu des transfusions de sang non testé;
2. le personnel soignant qui a pu être accidentellement exposé au VIH dans l'exercice de sa profession; et
3. les pensionnaires des établissements non correctionnels ou correctionnels.

Le dépistage volontaire des anticorps contre le VIH est recommandé pour :

1. les personnes qui, depuis 1978, ont reçu des greffes de tissus ou d'organes provenant de donneurs non testés;
2. les femmes qui, depuis 1978, ont été inséminées par du sperme provenant d'un donneur non testé;
3. les habitants de régions où l'infection par le VIH est endémique;
4. les hommes homosexuels dont les pratiques sexuelles sont contaminantes;
5. les personnes qui font le commerce de leur corps;
6. les personnes en cours de traitement pour une maladie transmise sexuellement.

Le dépistage volontaire des anticorps dirigés contre le VIH est vivement recommandé pour :

1. les personnes qui, depuis 1978, ont reçu des dérivés sanguins non testés;
2. les personnes qui partagent des aiguilles hypodermiques pour s'injecter des drogues;

3. le personnel soignant qui a été exposé au VIH de façon accidentelle dans l'exercice de ses activités professionnelles; et
4. les demandeurs ou receveurs de soins de santé qui représentent un risque professionnel pour le personnel soignant.[55]

Les Centres for Disease Control(CDC) des États-Unis recommandent les points suivants :

> **Programmes de counseling et de dépistage**. Une autre bonne façon de prévenir la transmission du VIH est d'informer les personnes du fait qu'elles sont elles-mêmes infectées par le VIH et de les sensibiliser à la question. Les CDC encouragent les tests de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH et le counseling pour les personnes dont le comportement accroît le risque d'infection à VIH. En 1985, les CDC ont subventionné 55 services de santé dans les localités et les États pour que ces derniers mettent sur pied des établissements offrant des services de counseling et administrant des tests de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH. En juin 1987, environ 1 100 établissements de ce genre exerçaient leurs activités aux États-Unis.
>
> On recommande maintenant du counseling pour d'évaluer et réduire le risque de contamination et aussi de soumettre le sérum de toutes les personnes fréquentant des cliniques de traitement des maladies transmises sexuellement (MTS), des établissements thérapeutiques et des cliniques de traitement de la tuberculose au test de dépistage.[56]

Le droit canadien en matière de santé publique prévoit ce qui suit :

> Plusieurs provinces ou territoires sont régis par des lois ou des règlements qui obligent les personnes se croyant infectées par le VIH à demander à subir un traitement. Dans certains endroits notamment l'Alberta, l'•le-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest, cette obligation s'appplique aux maladies transmissibles en général.

---

[55] M.A. Somerville et N. Gilmore, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[56] James Mason et coll., Current CDC Efforts to Prevent and Control Human Immunodeficiency Virus Infection and AIDS in the United States through Information and Education, CDC, juin 1988, Atlanta, Géorgie, É.-U.

Dans d'autres provinces, cette obligation se limite à des cas particuliers de maladies transmises sexuellement. Il en va ainsi pour la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et la Saskatchewan. Au Québec, cette obligation s'applique aux maladies transmissibles sexuellement et à la tuberculose.

Fait intéressant, la Loi ontarienne de 1983 sur la protection et la promotion de la santé ne fait état d'aucune obligation générale de ce genre.

L'essentiel de ces dispositions se trouve à l'article 31(1) de l' Alberta Public Health Act :

> Toute personne qui croit ou qui a des raisons de croire qu'elle pourrait être atteinte d'une maladie transmissible... doit immédiatement consulter un médecin afin de savoir si elle est infectée ou non et, le cas échéant, elle doit se soumettre au traitement du médecin jusqu'à ce que ce dernier soit convaincu qu'elle n'est plus infectée.

Pour être plus précis, non seulement une personne qui se sait atteinte de l'affection doit-elle consulter un médecin, mais il en va de même pour une personne qui a de bonnes raisons de croire qu'elle peut être infectée. L'expression «a de bonnes raisons de croire» signifie que des raisons objectives portent à croire qu'elle est atteinte de la maladie. Une personne ne peut volontairement fermer les yeux sur la présence de signes et de symptômes et ainsi échapper à toute responsabilité si une personne raisonnable soupçonnait la présence d'une infection. Dans le contexte du sida, une telle disposition pourrait signifier qu'une personne à risque élevé présentant certains symptômes de l'affection serait tenue de consulter un médecin.[57]

Ron Rowell, directeur du National Native American AIDS Prevention Centre aux États-Unis, offre les conseils suivants aux femmes qui prévoient devenir enceintes :

> Pour les femmes à risque (c.-à-d. les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels, celles qui s'administrent des drogues par voie intraveineuse, les partenaires sexuelles d'hommes homosexuels/bisexuels, d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ou d'autres personnes infectées) :

---

[57] Robert Friedman, The Application of Canadian Public Health Law to AIDS, Health Law in Canada, 1988.

- si vous prévoyez devenir enceinte, songez à subir un test de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH pour vérifier si vous avez été exposée au virus.

- si vous êtes séropositive, ne devenez pas enceinte. Non seulement pourriez-vous transmettre le virus à votre enfant, mais le risque que le VIH se manifeste au plan clinique s'accroit si vous devenez enceinte.[58]

Dans la documentation, on souligne qu'avant qu'un test de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH soit effectué, la vie privée et le bien-être de la personne soumise au test doivent être garantis. En réponse à la question «Quelles sont les conditions préalables à un test de dépistage?», les points suivants sont ressortis :

Selon l'Organisation mondiale de la santé :

> **Test de dépistage** : Les tests de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH sont habituellement effectués dans des hôpitaux, des établissements de santé ou des cliniques de traitement des maladies transmises sexuellement. Le test de dépistage devrait toujours être mené sous le couvert de la confidentialité, et les résultats devraient être divulgués en privé en donnant à la personne touchée la possibilité de discuter des résultats avec un conseiller compétent.[59]

Selon le rapport du Working Panel on Aboriginals and Torres Strait Islanders d'Australie :

> **Confidentialité**
>
> On porte un intérêt énorme au respect de la confidentialité en ce qui concerne le counseling, le test de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH et la séropositivité. Cet intérêt prédomine dans les établissements correctionnels. Le respect de la confidentialité demeure un défi de tous les instants pour les organismes offrant des programmes et des services aux personnes infectées par le VIH. Les organismes communautaires s'inquiétaient d'une violation de la confidentialité par les personnes ne faisant pas partie de la communauté autochtone ou insulaire ainsi que d'une violation par...

---

[58] Ron Rowell, Acquired Immune Deficiency Syndrome : The Basics, National Native American AIDS Prevention Centre, Oakland, Californie, É.-U., 1988.

[59] Organisation mondiale de la santé, Global Programme on AIDS, AIDS Health Promotion: Guide to Planning, Genève, Suisse, 1988.

On a également soulevé le dilemme de la confidentialité des dossiers par rapport aux besoins de la communauté.[60]

Selon la documentation provenant des États-Unis :

> La confidentialité est un principe qui a toujours été strictement observé en médecine et dans le domaine de la santé publique. Les sujets délicats ont toujours, par nécessité, fait systématiquement partie des entrevues menées dans ces domaines et été portés au dossier. Toutefois, dans le cas du sida, en raison du dédain dont fait montre la société à l'égard des deux groupes à risque le plus élevé, du statut illégal des consommateurs de drogues administrées par voie intraveineuses et des nombreuses lois s'opposant à la sodomie, des assurances plus strictes s'imposent. Dans certains États, comme la Californie, une loi a été adoptée pour renforcer ces promesses de confidentialité. Dans certaines situations, de telles lois ont été à l'origine de problèmes et ont empêché toute communication essentielle entre les médecins et les praticiens de la santé publique. Il s'agit toutefois d'un domaine en pleine évolution et, à ce titre, des changements et des rajustements y sont constamment apportés. La confiance que témoigne le public envers les secteurs public et privé en ce qui concerne le respect de la confidentialité dépend d'exemples répétés et des prises de positions publiques de la part de toutes les personnes jouant un rôle dans le traitement et la prévention du sida. Grâce à des exemples positifs, nombre des problèmes inhérents au test sérologique de dépistage et à la déclaration disparaîtront.[61]

La position de l'Université McGill en ce qui a trait au test de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH est la suivante :

> La recherche de l'anticorps anti-VIH ne doit être pratiquée que sur une base volontaire, c'est-à-dire uniquement si l'intéressé donne son consentement éclairé, que des services

---

[60] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[61] Francis et Chin, The Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, Journal of the American Medical Association, mars 1987.

de counseling et d'information sont disponibles et offerts avant et après le test, et que la confidentialité des résultats ou l'anonymat de l'intéressé peut être garanti.[62]

Dans le Guide to Planning (for an AIDS Program), l'Organisation mondiale de la santé traite ainsi la question du counseling :

Counseling offert avant et après le test :

> **Counseling offert avant et après le test** : Le fait de discuter des faits et des questions relatives à l'infection à VIH avec un conseiller peut aider la personne à décider si elle doit ou non subir un test de dépistage de l'anticorps dirigé contre le VIH. Le counseling offre la possibilité de discuter des raisons qui peuvent inciter à subir un test de dépistage. Le counseling offert après le test est tout aussi important, que les résultats soient négatifs ou positifs. Il importe de s'assurer que toute trace d'inquiétude est disparue chez les personnes non infectées et que ces dernières connaissent les méthodes à adopter pour prévenir la propagation de l'infection.
>
> **Counseling offert aux personnes infectées par le VIH** : On peut aider les personnes infectées par le VIH en les encourageant à se rencontrer où en favorisant des rencontres où elles pourraient partager leurs expériences et leurs inquiétudes. Les inquiétudes individuelles peuvent par la suite être discutées en toute confiance avec un conseiller. Le counseling doit souvent être offert à long terme et peut être accru durant les périodes de maladie.[63]

Ron Rowell, directeur du National Native American AIDS Prevention Centre décrit le counseling offert après le test de dépistage :

> Toute personne qui envisage de subir le test de dépistage devrait donc discuter avec un conseiller avant de s'y soumettre afin de :
>
> 1. connaître la portée du test sur le plan médical;
> 2. comprendre le mode de transmission du VIH, dont le rôle d'une nouvelle infection en tant que facteur concomitant dans la progression du sida;

---

[62] M.A. Sommerville et N. Gilmore, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[63] Organisation mondiale de la santé, Global Programme on AIDS, AIDS Health Promotion: Guide to Planning, Genève, Suisse, 1988.

3. être informée des questions d'ordre juridique, dont les conséquences possibles en ce qui a trait aux assurances;
4. pouvoir identifier les comportements qui affectent la santé en général et le fonctionnement du système immunitaire; et
5. pouvoir identifier les services de soutien communautaires et les traitements expérimentaux offerts aux personnes séropositives.[64]

La communauté indigène d'Australie a exprimé les inquiétudes suivantes :

> On a craint que la population autochtone ne soit obligée de subir le test de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH sans devoir donner son consentement personnel et éclairé. Selon les membres des communautés, lorsqu'un test de dépistage était administré, les personnes présentant le risque le plus élevé étaient moins susceptibles de s'y soumettre. Toutefois, lorsque le test de dépistage était volontaire et encouragé, les personnes à risque étaient susceptibles de s'y soumettre.[65]

En ce qui a trait au test de dépistage obligatoire, voici la position exprimée dans un document de l'Université McGill :

> Les auteurs du présent document estiment que, en règle générale, le dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH n'est pas justifié au Canada. Toutefois, il peut y avoir des dérogations rares à ce principe. Dans ces cas, par exemple dans le cas des personnes inculpées de délit sexuel commis avec violence, ces exceptions doivent être examinées cas par cas.[66]

Surveillance, recherche et dépistage anonyme

Bien qu'il soit justifié au plan scientifique d'instaurer des programmes de dépistage basés sur la population, certains autochtones n'approuvent pas complètement ce genre d'initiative

---

[64] Ron Rowell, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics, National Native American AIDS Prevention Centre, Oakland, Californie, É.-U., 1988.

[65] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[66] M.A. Sommerville et N. Gilmore, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

de recherche. Les raisons à la source de leur hésitation sont les suivantes :

1) Le nombre d'autochtones séropositifs contribuera à davantage la population autochtone; et

2) l'existence de cas de sida dans la population autochtone justifie amplement la mise en place de mesures de sensibilisation à la prévention du sida.

Les points suivants ressortent de la position de l'Université McGill en ce qui concerne l'infection à VIH :

Surveillance, recherche et dépistage anonyme

La collecte des données sur le dépistage des anticorps anti-VIH dans un but de surveillance ou de recherche est une activité légitime et nécessaire. Le besoin de telles données est plus pressant que jamais. Cette collecte peut se faire de façon prospective ou rétrospective, avec ou sans identification personnelle des sujets testés ou des échantillons et des données recueillis (détection nominale, non nomimale ou anonyme), ou avec des résultats qui sont liés ou non au sujet chez qui on a prélevé l'échantillon. Lorsqu'on se sert d'identificateurs personnels ou que les résultats peuvent être associés à un sujet, tous les sujets testés :

(i) doivent être mis au courant des avantages et des effets délétères potentiels et réels du test;
(ii) doivent consentir à subir le test;
(iii) doivent avoir accès à leurs propres résultats ainsi qu'à des services de soins, de counseling et aux interventions qui peuvent s'avérer nécessaires; et
(iv) doivent recevoir la garantie que les résultats resteront confidentiels.

Le Canada ne dispose actuellement pas de données nationales sur l'incidence de la séropositivité au Canada. Les conditions de collecte de ces données ont été analysées par le Comité consultatif national sur le sida, lequel a recommandé ce qui suit (CCN-SIDA[(19-10-87)3.2] :

«Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social devrait être invité à colliger des données sur la prévalence de l'infection à VIH au Canada, ou à en appuyer la collecte, en respectant les conditions sousmentionnées dans l'élaboration et la conception d'études sur la séroprévalence de l'anticorps anti-VIH :

1. des études justifiées sur le plan éthique doivent être menées uniquement en respectant l'anonymat et avec un échantillonnage choisi au hasard;
2. des études justifiées sur le plan éthique doivent être menées uniquement sur des échantillons prélevés pour d'autres tests de routine;
3. seuls les renseignements démographiques qui accompagnent déjà de tels prélèvements doivent être colligés; et
4. le dépistage volontaire de l'anticorps anti-VIH moyennant des conditions de consentement éclairé, de services de counseling avant et après le test, et de confidentialité doit être accessible aux personnes qui sont examinées dans le cadre de l'étude proposée.»[67]

Enfin, après avoir passé en revue la documentation afin de découvrir quels étaient les avantages et les inconvénients que sous-tend le test de dépistage, l'Université McGill faisait état de ce qui suit dans son document :

Inconvénients

1. Le fait de découvrir qu'on est séropositif peut engendrer un stress psychologique important chez une personne;
2. les sujets diagnostiqués séropositifs encourent le risque de perdre leurs amis, leur emploi, leur admissibilité à l'assurance, leur logement, leurs droits à l'éducation et aux voyages;
3. certains sujets testés peuvent être déclarés séropositifs alors qu'ils ne sont pas contaminés (faux positifs), et certains peuvent être déclarés séronégatifs alors qu'ils sont contaminés par le VIH (faux négatifs); et
4. le coût du test proprement dit et celui de ses préjudices inévitables, notamment de ses conséquences.

---

[67] M.A. Sommerville et N. Gilmore, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

Avantages

1. Le fait de poser ou de confirmer un diagnostic d'infection par le VIH ou de maladies liées à ce virus, permet aux sujets qui en sont l'objet de recevoir les soins appropriés;
2. on peut minimiser les risques des traitements par des médicaments potentiellement immunosuppresseurs pour les personnes contaminées par le VIH;
3. on peut assurer les sujets séronégatifs qu'il est peu probable qu'ils soient contaminés;
4. on peut motiver ou convaincre les sujets non contaminés d'éviter de s'exposer à des risques de contracter le VIH ou motiver ou convaincre les sujets contaminés par le VIH d'éviter de s'exposer à nouveau au VIH et à d'autres agents potentiellement dangereux;
5. on peut autoriser certaines femmes à procréer ou confirmer à certains individus qu'ils peuvent s'adonner à des pratiques sexuelles sans condom sans mettre en péril la vie de leur partenaire qui n'est pas contaminé lorsque le test révèle que ces sujets ne sont pas contaminés même s'ils se sont livrés à des activités susceptibles de transmettre le VIH;
6. on peut permettre aux personnes de travailler ou de s'adonner à des activités spécifiques présentant un risque pour leur état de santé s'ils sont immunodéficients ou, encore, de transmission du VIH à autrui;
7. on peut permettre aux sujets séronégatifs de voyager, de travailler, de s'instruire ou de vivre dans des pays où toutes ces activités sont interdites aux sujets contaminés par le VIH.[68]

---

[68] M.A. Sommerville et N. Gilmore, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

Conclusion

Les renseignements fournis ne visent pas à mettre un terme au débat, mais plutôt à stimuler la discussion et la réflexion au sein de la communauté autochtone en ce qui concerne les questions du dépistage du VIH. Il existe dans le domaine des soins de santé primaire un besoin manifeste de procéder à des tests de dépistage des anticorps dirigés contre le VIH, mais le besoin de données relatives à la prévalence de séropositivité pour exercer une surveillance de la propagation du VIH dans la communauté autochtone n'est pas aussi évident.

Il n'est pas conseillé ni justifié de tarder à livrer des messages de sensibilisation à la prévention du sida dans la communauté autochtone sous prétexte d'attendre d'avoir en mains des données relatives à la séroprévalence, car il est démontré qu'il existe des cas d'infection à VIH, ce qui requiert une intervention immédiate.

PRIORITÉS DE LA RECHERCHE

Priorités de la recherche

La recherche menée pour documenter et étayer la stratégie nationale sur la sensibilisation des autochtones à la prévention du sida a fait appel à des techniques primaires et secondaires. On a ainsi recueilli des renseignements précieux et des opinions éclairées à partir de diverses sources primaires, et colligé des données et des renseignements pertinents en passant en revue la documentation. On s'est ainsi rendu compte qu'il y avait dans plusieurs régions un manque d'information qui, même s'il ne gênait pas réellement l'élaboration de la stratégie, pouvait néanmoins influer sur l'étude du sida chez les autochtones. De plus, il faut souligner que le Comité national mixte ne tient pas à ce que cette recherche devienne une condition préalable à l'instauration de mesures de sensibilisation à la prévention du sida chez les autochtones. Cependant, il faudrait dès maintenant examiner les projets qui concernent l'une ou plusieurs des questions sousmentionnées.

(1) La sexualité et le comportement sexuel des autochtones

L'histoire et l'anthropologie ne nous four nissent aucune information sur la conception qu'avaient les autochtones de la sexualité et sur la façon dont l'arrivée des missionnaires, des commerçants et d'autres personnes a modifié cette conception en imposant aux autochtones un système de valeurs qui leur était étranger.

Les statistiques actuelles indiquent que les taux de MTS (maladies transmises sexuellement), d'abus sexuels et de grossesses chez les adolescentes sont élevés chez les autochtones, mais aucune étude de l'incidence que ces facteurs ont pu avoir sur cette population n'a été effectuée.

Une analyse approfondie du comportement sexuel passé et présent des autochtones pourrait entraîner un changement de comportement motivé par des facteurs culturels.

En outre, plutôt que de nier, par exemple, l'existence de l'homosexualité et de la bisexualité dans les communautés autochtones, les dirigeants et autres instances pourront parvenir à une meilleure compréhension des faits s'ils disposent d'une documentation détaillée.

(2) Études des connaissances, des attitudes et du comportement

Des études doivent être effectuées pour mesurer le degré de connaissances que les communautés autochtones ont du sida, leurs attitudes face à cette maladie et leurs comportements courants. Lorsque des programmes de sensibilisation à la

prévention et de prévention auront été mis en place, il sera nécessaire d'effectuer d'autres études des connaissances, des attitudes et du comportement pour évaluer les résultats obtenus. Les connaissances générales ont-elles augmenté? Le message de prévention a-t-il entraîné un changement des attitudes et des comportements?

Ces études sont essentielles à l'évaluation de l'efficacité des programmes de sensibilisation à la prévention; elles peuvent également permettre de mieux comprendre certains comportements, de bien cibler certains messages spécifiques et de concevoir des interventions efficaces.

(3) Médecine et méthodes de guérison traditionnelles et sida

On connaît peu l'effet que la médecine et les méthodes de guérison traditionnelles ont eu sur le sida, mais il y a lieu de croire que l'approche holistique sur laquelle se fonde la médecine traditionnelle peut favoriser le bien-être des autochtones séropositifs. Les guérisseurs traditionnels ont été parmi les premiers à favoriser l'intervention en matière de sida. On prétend que la médecine traditionnelle a retardé dans certain cas la progression du sida et des affections liées au VIH, il y aurait donc lieu d'examiner de plus près de telles prétentions et d'étayer les résultats.

(4) L'incidence économique du sida sur les communautés autochtones

Le sida touchant essentiellement les personnes âgées entre 25 et 39 ans, l'incidence économique de cette maladie dans une petite communauté pourrait se révéler fort désastreuse. En Afrique, où 22 p. 100 de la population est sidatique, l'incidence économique de la maladie sur une économie déjà instable a été désastreuse. Il faut donc que cet aspect de la maladie soit examiné de près, pour que des mesures d'intervention puissent être planifiées en conséquence.

Les coûts liés à la prestation de soins de santé aux sidatiques autochtones devraient également être examinés.

(5) Rôle du sida dans le transfert des responsabilités relatives aux soins de santé (des Services médicaux du gouvernement fédéral aux Premières Nations)

Les conséquences du transfert des Services médicaux aux Premières Nations des responsabilités en matière de soins de santé doivent être étudiées en regard des besoins futurs en ressources.

A l'heure actuelle, la formule de transfert de fonds ne touche pas les coûts liés aux soins de santé à apporter aux sidatiques ni les coûts liés aux soins de santé mentale (que rend nécessaires la démence du sida, par exemple).

Il faut également examiner avec attention la politique et les questions financières pour ainsi être en mesure d'évaluer avec précision les conséquences d'un tel transfert de responsabilités.

RÉFÉRENCES

[1] Mise à jour de surveillance : le SIDA au Canada, Centre fédéral sur le SIDA, 6 novembre 1989.

[2] Mise à jour de surveillance : le SIDA au Canada, Centre fédéral sur le SIDA, 23 novembre 1989.

[*] Mise à jour de surveillance : le SIDA au Canada, Centre fédéral sur le SIDA, 23 novembre 1989.

[3] Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida -- Rapport provisoire, 26 juin 1989.

[4] BLONDIN et THORPE, Syllabus: Programs: Northwest Territories, First Canadian Conference on AIDS and Related Issues in the Native Community, Vancouver (Colombie-Britannique), avril 1989.

[5] READ, Simon, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-chah-nulth Health Board, Port Alberni (Colombie-Britannique), juillet 1989.

[6] ROWELL, Ron, Native Americans: Historic Problems Hamper AIDS Prevention and Care, NAN Multi-Cultural Notes on AIDS Education and Service, vol. 1, no. 11, États-Unis, mai 1988.

[7] O'MALLEY, Kathleen, Rapport d'une enquête... quant aux questions clés et à l'information demandées au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

[8] MITCHELL, Janet L., Women, AIDS and Public Policy, États-Unis, 1988.

[9] MANN, Jonathan, AIDS Epidemiology, Impact, Prevention and Control: The World Health Organization Perspective, OMS, 1988.

[10] BROWN et PRIMM, Intravenous Drug Abuse and AIDS in Minorities, États-Unis, 1988.

[11] HAMMAND, G.W. et coll., «Seroprevalence and Demographic Information of Patients at Risk for Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Manitoba, Canada», Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Raven Press, New York, 1988.

[12] Statistiques du Centre fédéral sur le sida, 23 mai 1989.

[13] SHAH et FARKAS, «The Health of Indians in Canadian Cities: A Challenge to the Health Care System», Association médicale canadienne, vol. 133, 1er novembre 1985.

[14] Department of Community Services and HEalth, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[15] O'MALLEY, Kathleen, Rapport d'une enquête... quant aux questions clés et à l'information demandées au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

[16] ROSCOE, Living the Spirit -- A Gay American Indian Anthology, St. Martins Press, États-Unis, 1988.

[17] ROWELL, Ron, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics, A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Califormie (États-Unis), 1987.

[18] ROWELL, Ron, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics, A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Califormie (États-Unis), 1987.

[19] DRYNAN, John J., AIDS and Native American In Montana, Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie (États-Unis), 1988.

[20] FARKAS ET KOSSMAN, Central Toronto Youth Services AIDS Project Reaction to the Interim Report of the Joint National Committee on Aboriginal AIDS, Toronto, 1989.

[21] ROWELL, Ron, Native Americans: Historic Problems Hamper AIDS Prevention and Care, NAN Multi-Cultural Notes on AIDS Education and Service, vol. 1, no 11, États-Unis, mai 1988.

[22] ROWELL, Ron, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics, A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Califormie (États-Unis), 1987.

[23] Résumé de la présentation faite par Glen Murray au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (tirée du procès-verbal de la réunion).

[24] MURRAY, Glen, Présentation au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (texte intégral).

[25] FARKAS et KOSSMAN, Impact of HIV Infection on Social Service Agencies Serving Children and Youth in the Metro Toronto Area, Central Toronto Youth Services AIDS Report, Toronto, printemps 1989.

[26] Santé et Bien-être social Canada, L'État de santé des Indiens et des Inuits canadiens, mise à jour de 1987, Direction générale des services médicaux, Ottawa, 1988.

[27] MOFFAT, Michael, m.d. et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal Communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeg (Manitoba), 4 août 1989.

[28] MURRAY, Glen, Présentation au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (texte intégral).

[29] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[30] O'MALLEY, Kathleen, Rapport d'une enquête... quant aux questions clés et à l'information demandées au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

[31] MOFFAT, Michael, m.d. et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeh (Manitoba), 4 août 1989.

[32] O'MALLEY, Kathleen, Rapport d'une enquête... quant aux questions clés et à l'information demandées au sujet de l'élaboration de stratégies pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, 10 juillet 1989.

[33] HANKINS, Cate, Syllabus: AIDS and Natives In Corrections, First Canadian Conference on AIDS and Related Issues in the Native Community, avril 1989, Vancouver (Colombie-Britannique).

[34] MANN, Jonathan, et coll., «The International Epidemiology of AIDS», Scientific American, octobre 1988, États-Unis.

[35] MANN, Jonathan, et coll., «The International Epidemiology of AIDS», Scientific American, octobre 1988, États-Unis.

[36] Santé et Bien-être social Canada, LÉtat de santé des Indiens et des Inuits canadiens, mise à jour de 1987, Direction générale des services médicaux, Ottawa, 1988.

[37] L'Association nationale des centres d'accueil, Présentation au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Ottawa, 1989.

[38] SIGGNER, Andrew J., The Socio-Demographic Conditions of Registered Indians, Canadian Social Trends, Statistique Canada, Ottawa, 1986.

[39] ROWELL, Ron, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics. A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Californie (États-Unis), 1987.

[40] WATKINS, James D., Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, Washington, D.C., juin 1988.

[41] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[42] READ, Simon, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-chah0nulth Health Board, Port Alverni (Colombie-Britannique), juillet 1989.

[43] MURRAY, Glen, Présentation au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (texte intégral).

[44] MURRAY, Glen, Présentation au Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, Winnipeg (Manitoba), du 28 au 30 mai 1989 (texte intégral).

[45] READ, Simon, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-chah0nulth Health Board, Port Alverni (Colombie-Britannique), juillet 1989.

[46] MOFFAT, Michael, m.d. et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeh (Manitoba), 4 août 1989.

[47] MOFFAT, Michael, m.d. et coll., AIDS Education and Prevention in Aboriginal communities, University of Manitoba, Faculté de médecine, Winnipeh (Manitoba), 4 août 1989.

[48] READ, Simon, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-chah0nulth Health Board, Port Alverni (Colombie-Britannique), juillet 1989.

[49] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aboriginals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[50] FREUDENBERG et coll., How Black and Latino Community Organizations Respond to the AIDS Epidemic: A Case Study in One New York City Neighborhood, AIDS Education and Prevention, The Guilford Press, New York (États-Unis), 1989.

[51] MERASTY, David, MKO Response to Call for Papers, Nelson House Indian Reserve, Manitoba, 2 août 1989.

[52] SOMMERVILLE, M.A. et N. GILMORE, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[53] WATKINS, James D., Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, Washington, D.C., juin 1988.

[54] United States Department of Defense Seroprevalence Data, Centers for Disease Control, Atlanta (Géorgie), 1989.

[55] SOMMERVILLE, M.A. et N. GILMORE, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[56] MASEN, James et coll., Current CDC Efforts to Prevent and Control Human Immunodeficiency Virus Infection and AIDS in the United States through Information and Education, CDC, juin 1988, Atlanta (Géorgie), États-Unis.

[57] FRIEDMAN, Robert, The Application of Canadian Public Health Law to AIDS, Health Law in Canada, 1988.

[58] ROWELL, Ron, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics. A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Californie (États-Unis), 1987.

[59] Organisation mondiale de la santé, AIDS Health Promotion: Guide to Planning, Genève (Suisse), 1988.

[60] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aborignals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[61] FRANCIS et CHIN, «The Prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States», Journal of the American Association, mars 1987.

[62] SOMMERVILLE, M.A. et N. GILMORE, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[63] Organisation mondiale de la santé, AIDS Health Promotion: Guide to Planning, Genève (Suisse), 1988.

[64] ROWELL, Ron, Acquired Immune Deficiency Syndrome: The Basics. A Manual for Native American Health and Human Service Workers, National Native American AIDS Prevention Center, Oakland, Californie (États-Unis), 1987.

[65] Department of Community Services and Health, Report of the Working Panel on Aborignals, Torres Strait Islanders and HIV/AIDS, Commonwealth d'Australie, 1989.

[66] SOMMERVILLE, M.A. et N. GILMORE, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[67] SOMMERVILLE, M.A. et N. GILMORE, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

[68] SOMMERVILLE, M.A. et N. GILMORE, La détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Université McGill, Montréal, janvier 1988.

APPEL DE COMMUNICATIONS

et

CORRESPONDANCE

Appel de communications

Les documents suivants ont été soumis au Centre fédéral sur le sida en réponse à «l'appel de communications», qui visait àrecueillir des idées et des opinions concernant la Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

READ, Simon, A Native Health Organization Perspective on the Prevention of the Spread of AIDS, Nuu-chah-nulth Health Board, Port Alberni (Colombie-Britannique), juillet 1989.

Association des Iroquois et des Indiens alliés, Panel Discussion - First Nations AIDS Committee, Oneida (Ontario), juillet 1989.

MOFFATT, m.d., SANSFIELD, m.d., WOTTON, m.d., EMBREE, m.d., LOW, m.d., BARTLETT, m.d., AIDS Education and Prevention in Aboriginal Communities, Faculté de médecine, University of Manitoba, Winnipeg (Manitoba), 4 août 1989.

LEGAULT, Richard, Éducation des autochtones pour la prévention du sida, Santé et Bien-être social, Services médicaux, région du Québec, 20 juillet 1989.

ROSSO, Martina, AIDS Prevention (letter), Réserve Tachet, Granisle (Colombie-Britannique), 19 juin 1989.

FARKAS, Carol, m.d. et Karsten KOSSMAN, Central Toronto Youth Services AIDS Project REaction to: The Joint National Committee on Aboraginal AIDS - Education and Prevention Interim Report, Toronto (Ontario), août 1989.

CHEVRIER, Lucienne, Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, PNLAADA, Réserve Keboawek, Kipawa (Québec), 20 juillet 1989.

CAMERON, Gloria, Response to Call for Papers: Aboriginal AIDS Education and Prevention, West Region Tribal Council, Dauphin (Manitoba), 10 juillet 1989.

MERASTY, David, Aboriginal AIDS Education and Prevention: Opinion, Manitoba Keewantinowi Okimakanak Inc., Nelson House (Manitoba), 2 août 1989.

Association nationale des centres d'accueil, Présentation au Comité national mixte sur l'éducation des autoshtones pour la prévention du sida, Ottawa, octobre 1989.

EPOO-YORK, Lizzie, STDs and AIDS Prevention, Conseil Régional Kativik des services de santé et des services sociaux, Kuujjuaq (Québec), 27 juillet 1989.

PICKERING, Joyce, m.d., CREES OF JAMES BAY-AIDS Project, Département de la santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Université McGell, Montréal (Québec), 20 octobre 1989.